

TRAITÉ

DES TROUBLES FONCTIONNELS MÉCANIQUES

DE

L'APPAREIL DIGESTIF

TRAITÉ

DES TROUBLES FONCTIONNELS MÉCANIQUES

DE

L'APPAREIL DIGESTIF

ÉVOLUTION NATURELLE DE LA DYSPEPSIE

PAR LE

Dr C. SIGAUD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Ventris torpor omnium confusio.
(GALIEN.)

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1894

Au Docteur Léon VINCENT

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Mon cher Ami,

S'il est vrai que la science ne peut germer et fructifier qu'en *terre libre*, quelle belle moisson nous allons cueillir, hors du vieux domaine classique, dans le territoire où nous avons volontairement élu domicile !

Ce livre est le premier fruit de travaux que vous avez suivis et dans une grande mesure partagés. Je suis heureux de vous l'offrir. Acceptez-le comme le présent de l'amitié et comme le témoignage de ma reconnaissance pour vos conseils, toujours marqués au coin de la sagesse et du désintéressement.

C. Sigaud.

PRÉFACE

Ce livre a une double origine, l'application d'une méthode et l'observation d'une certaine classe de malades. La méthode, c'est la *palpation abdominale* pratiquée systématiquement chez tous les malades, quels qu'ils soient, au même titre que l'auscultation du cœur, des poumons, l'examen des urines, etc. Quant aux malades, ils appartiennent exclusivement à la *clientèle de cabinet.*

La palpation abdominale systématique a été préconisée pour la première fois par M. Glénard, que j'ai eu la bonne fortune de voir à l'œuvre et qui, à ce point de vue, a été mon initiateur, il y a six ou sept ans déjà [1]. Toutefois, si les notions objectives fournies par la palpation abdominale sont nécessaires, elles ne sauraient à elles seules permettre de résoudre le problème de la physiologie pathologique des voies digestives. Longtemps les sensations tactiles, éveillées par l'examen de l'abdomen, sont restées dans mon esprit à l'état isolé, sans lien logique, sans signification générale. La lumière ne s'est

[1] Qu'il me soit permis de lui adresser ici mes plus sincères remerciements.

faite que grâce au rapprochement de ces notions objectives avec les anamnestiques minutieusement fouillés, avec l'étude de toutes les autres fonctions de l'organisme, enfin avec les résultats d'une thérapeutique rationnelle. C'est ainsi que peu à peu la pathologie digestive m'est apparue sous son véritable jour.

Cependant mon horizon allait s'élargissant : j'arrivais à m'intéresser à toute une série de troubles fonctionnels, jusque-là obscurs ou négligés, à les comprendre, à en diriger pour ainsi dire les manifestations, mon fil conducteur restant toujours le même, c'est-à-dire les signes physiques révélés par la palpation abdominale. Finalement je restais et reste convaincu que les fonctions digestives possèdent une véritable prééminence dans l'organisme et jouissent d'influences pathogènes beaucoup plus importantes qu'on ne l'enseigne actuellement.

Cette notion est difficile à mettre en évidence dans les conditions ordinaires de l'observation clinique. Le service d'hôpital est, à ce point de vue, d'une infériorité manifeste. La complexité et l'ancienneté des états morbides, la prédominance des lésions organiques, l'obscurité des anamnestiques, les difficultés que soulèvent les applications de l'hygiène, en particulier de l'hygiène alimentaire, enfin la catégorisation des malades suivant l'âge, le sexe, etc., ce sont là quelques-unes des conditions nosocomiales, propres à stériliser des recherches de la nature de celles que j'ai entreprises. Dans la clientèle de cabinet se trouvent, en revanche, de précieux éléments d'étude : l'observation simultanée de l'enfant, de

l'adulte et du vieillard, m'a fait comprendre l'évolution naturelle de la dyspepsie; j'ai eu le privilège de pouvoir suivre la plupart de mes malades jusqu'à la guérison et d'assister ainsi à l'évolution de chaque cas particulier; j'ai pu saisir aisément les traits de similitude et de dissemblance qui existent entre l'homme et la femme ; j'ai trouvé de nombreux malades capables d'*introspection*, en état de percevoir nettement leurs sensations et de m'en rendre compte; j'ai eu, enfin, la facilité d'appliquer rigoureusement les moyens hygiéniques que je jugeais nécessaires.

La genèse de cet ouvrage se trouve ainsi, je l'espère, suffisamment motivée.

En terminant, je dois exprimer un regret: mon travail est incomplet, présente de très nombreuses lacunes. La richesse du sujet est telle que j'ai été forcé de m'en tenir aux grands traits, négligeant à dessein une multitude de faits de second ordre, pour ménager mes forces d'abord, pour donner ensuite à l'ouvrage l'homogénéité et la clarté nécessaires. A une table surabondamment servie, il est du reste souvent périlleux de vouloir goûter de tous les mets.

Quel que soit l'accueil réservé à ce livre, je serai satisfait. Le plaisir que j'ai eu à l'écrire, les services réels que rend aux malades l'application de ma méthode, la satisfaction profonde que procure à tout chercheur la découverte de quelques-unes des lois de la nature, telles sont de larges et suffisantes compensations au temps et au labeur dépensés.

Lyon, le 15 juin 1894.

TRAITÉ DES TROUBLES MÉCANIQUES
DE
L'APPAREIL DIGESTIF

PREMIÈRE PARTIE
CLINIQUE GÉNÉRALE

CHAPITRE PREMIER
STASE GASTRO-CÆCALE

Rien ne vaut, à notre sens, un exposé de faits pour bien délimiter un sujet.

Nous relaterons donc de prime abord quelques observations cliniques, choisies parmi les plus simples et les plus claires, qui nous serviront à poser nettement les termes du problème à résoudre.

Quand une série nombreuse de faits similaires a passé sous les yeux d'un observateur, l'esprit garde l'empreinte des traits concordants ; ceux-ci subissent un travail d'élaboration plus ou moins consciente qui les classe et les coordonne, et de ce travail résulte avec le temps la création d'un *type générique*, en quelque sorte schématique, tout en restant conforme à la réalité des choses. C'est à la suite d'un travail synthétique de cette nature que nous arriverons à établir un *type dyspeptique;* ce qui nous permettra de résumer ensuite, dans un tableau d'ensemble, toute la phénoménologie subjective et objective d'un appareil digestif en voie de déséquilibration.

De cette étude découleront enfin quelques conclusions, premières assises de cet ouvrage.

I

A. — M[me] B..., trente-neuf ans. — Bonne santé dans son enfance. A neuf ou dix ans, une *fièvre* qu'elle croit avoir été la scarlatine et qui a duré trois mois ; elle se souvient que pendant cette maladie elle était « tourmentée par la soif ».

A trente ans première et unique grossesse : au début fréquents vomissements immédiatement après ses repas ; au bout de quatre mois santé parfaite, qui s'est maintenue pendant le nourrissage. Ensuite a un peu maigri, toutefois sans altération réelle de sa santé.

Depuis un an et demi, elle se plaint que « son manger ne digère pas ». Le début de ses troubles digestifs a été marqué par un poids épigastrique, une grande tristesse et un besoin invincible de dormir, symptômes qui survenaient immédiatement après le repas. En même temps de la diarrhée, soit le matin, soit dans la journée.

Depuis un an elle est obligée de se lever à la hâte, sans avoir le temps d'achever de s'habiller, pour aller à la selle : chaque matin cinq ou six petites selles diarrhéiques, sans colique. Sommeil très lourd ; elle n'a jamais assez dormi ; le lit lui est agréable : « je ne sens rien au lit, » dit-elle.

Les troubles digestifs n'ont fait que s'accentuer, et depuis six mois *aigreurs avec maux d'estomac*, deux ou trois heures après le repas de midi : c'est une *sensibilité*, ce sont parfois des *piqûres*, bien localisées au creux de l'estomac. Les grandes inspirations réveillent dans la même région une sensation de piqûre analogue à celle qui survient spontanément à quatre heures de l'après-midi. Ces maux d'estomac ont une durée variable : tantôt ils disparaissent assez promptement, la malade se sent bien et a besoin de prendre ; tantôt ils durent jusqu'au coucher ; le lit ne les fait disparaître qu'au bout d'un moment.

Toute la matinée, elle a faim et, à partir de dix heures, c'est du délabrement ; « je marcherais toute bossue, » ajoute-t-elle.

Parfois elle se sent oppressée, surtout le matin en se levant, avant d'avoir mangé.

Ne souffre pas du ventre.

Rien de particulier à noter à l'inspection de l'abdomen. A la palpation, ballonnement; empâtement et crépitations le long du côlon ascendant qui donne l'impression d'une masse de forme irrégulière, non douloureuse; douleur au niveau du côlon descendant, qu'on perçoit comme un boudin également empâté. Estomac clapotant; la limite inférieure en atteint l'ombilic.

Teint jaune terreux, et pâleur des muqueuses.

Conjonctives injectées et subictériques. Langue rouge vernissée, avec une légère couche saburrale sur la partie médiane et dans le fond. Rien au foie. N'est pas altérée, sauf si elle marche.

A conservé son appétit, mais est plus difficile dans le choix de ses aliments : « La salade, la charcuterie, les fruits verts me gonflent, » dit-elle.

Varicosités aux jambes et aux cuisses.

Rien au cœur ni aux poumons.

Elle a essayé de se mettre au lait, mais *il lui donne mal au cœur*.

Accès de migraine *franche*, à peu près tous les mois, depuis le début des accidents gastro-intestinaux.

A retenir de cette observation les phénomènes suivants :

1° La diarrhée et les troubles gastriques se sont déclarés en même temps et ont évolué parallèlement ;

2° Le lit fait disparaître tous les malaises du jour;

3° Les douleurs épigastriques surviennent régulièrement trois heures après le principal repas;

4° A ces douleurs succède le besoin de prendre, lequel, avec la même nourriture, avec le même genre de vie, n'existait pas avant cette maladie ;

5° La palpation abdominale révèle des signes positifs d'encombrement, à la fois gastrique et colique;

6° Enfin, la migraine est apparue en même temps que tous les autres troubles de l'appareil digestif.

B. — M. X..., trente-deux ans. — On ne relève aucun accident pathologique ni dans l'enfance ni dans l'adolescence, sauf de *légers*

malaises attribués aux « vers ». Élevé à la campagne. Vie très régulière. A toujours été *gros mangeur*.

A vingt et un ans, en Algérie, diarrhée pendant six mois environ ; peut continuer son service. Avait un peu maigri et était devenu faible.

Un an après, rend un tænia. A ce moment avait des *vertiges*, lorsqu'il se baissait.

A vingt-quatre ans, fièvre typhoïde très grave ; au bout d'un mois, alors qu'il était cachectique et dans un délire complet, l'issue fatale paraissant proche, il survint une abondante *hémorrhagie intestinale* qui fut le signal d'un relèvement rapide. Convalescence de trois mois, avec appétit exagéré et retour de l'embonpoint normal.

L'an passé il se met à *engraisser* sensiblement, a plusieurs selles par jour, et, le matin, il vomit le vin de son premier déjeuner. En même temps, après les repas, gonflement et « gêne au ventre ». Il avait dû faire, par nécessité professionnelle, quelques excès alcooliques qu'il s'empressa de cesser à l'apparition de ses vomissements. Ceux-ci se multiplièrent peu à peu, survenant une heure, deux heures après les repas. Anorexie, amaigrissement progressif, et constipation.

Actuellement vomissements liquides simples, tous les jours, généralement le matin : c'est d'abord un liquide fade, mousseux et gluant, puis à la fin amer et un peu jaune.

Les vomissements alimentaires surviennent régulièrement tous les trois ou quatre jours. Tous sont difficiles et lui secouent péniblement le ventre, surtout le matin à jeun ; son premier déjeuner le remet.

Après les repas, sensations *vibratoires* douloureuses dans la tête, lourdeur, apathie et gonflement épigastrique.

Ne s'est aperçu qu'il est réellement constipé que depuis trois ou quatre jours.

Langue recouverte d'un épais enduit gris sale. Les conjonctives sont ictériques et le teint de la face est jaune bilieux.

Ventre très mou, d'un examen aisé. Petit boudin cæcal dur, roulant sous les doigts. Cordon sigmoïdal profond. Estomac très clapotant, paraît peu distendu. Rien au foie, dont la zone de matité est normale. Rien dans les urines. Examen négatif du cœur et des poumons.

L'intérêt de cette observation réside dans les faits suivants :

1° Dans l'enfance, accidents attribués aux « vers », c'est-à-dire ayant porté sur le tube digestif ;

2° Il s'agit d'un gros mangeur ;

3° Les localisations morbides intestinales (diarrhée d'une durée de six mois, tænia, fièvre typhoïde) ont précédé les troubles de l'estomac, qui se sont montrés seulement au bout de dix ans ;

4° En même temps que ces troubles gastriques, on note de l'irrégularité des garde-robes : d'abord multiples, elles se raréfient et aboutissent à un état de constipation ;

5° A la palpation abdominale, on trouve des signes de stase gastro-colique.

C. — Mme X..., vingt-quatre ans. — Alimentation grossière dans son bas âge, sevrée de bonne heure ; jusqu'à l'âge de cinq ans diarrhées fréquentes, vomissements, mauvais état général ; n'a marché qu'à cinq ans. A cette époque sa santé s'améliore ; elle devient plus robuste, mais reste toujours sujette à des troubles intestinaux ; bon appétit ; vomissements bilieux tous les matins au sortir du lit, précédés de sensation de vide dans le ventre et de vertiges. Depuis l'âge de dix ans (peut-être depuis une époque antérieure ?) elle allait à la selle toujours immédiatement après avoir mangé, sans coliques ; les selles étaient suivies de sensation de faim ; la malade était obligée de manger et une nouvelle selle se produisait alors. Ces alternatives se présentaient fréquemment de dix à quinze fois par jour, mais jamais pendant la nuit. Elle se levait pour boire ; elle a toujours absorbé de grandes quantités de liquides, soit pendant, soit après les repas.

De quinze à vingt ans elle se place comme domestique ; son état pendant cette période reste le même : vomissements bilieux se produisant seulement le matin, à son lever, précédés de vertiges, coliques, « tortillons » dans le ventre ; souvent elle allait à la selle en même temps. A part ces malaises, « se portait bien, » bon appétit, digestion excellente.

A l'âge de vingt ans, vient à Lyon comme domestique ; est chargée d'un travail pénible ; sa santé devient moins bonne. Elle consulte un pharmacien pour sa diarrhée ; à la suite de l'administration d'un remède, devient constipée, selle dure, douloureuse, tous les quatre ou cinq jours ; coliques, faiblesse générale, parfois maux de reins, points douloureux dans les flancs, vomissements bilieux le matin au lever, moins fréquents qu'autrefois, surtout au moment des règles. L'appétit est bon, ainsi que la digestion.

Pendant deux ans, son état reste stationnaire avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Au mois de janvier 1892, elle va à la campagne, prend froid pendant le cours de ses règles : frissons, maux de tête, anorexie, puis diarrhée et selles sanglantes pendant plusieurs jours accompagnées de douleurs abdominales, de coliques, et, au bout de quelques jours, de vomissements. Cet état dure plus d'une semaine. Depuis cette époque son ventre est resté douloureux. Pendant trois semaines environ, persistent de la faiblesse, des maux de tête, de la constipation. Puis une amélioration relative se produit jusqu'au mois de juin 1892.

A cette époque, apparition subite de crampes d'estomac très douloureuses. Immédiatement après le repas, surviennent du gonflement et du ballonnement ; à trois heures de l'après-midi, les douleurs au milieu du creux épigastrique deviennent très vives, persistent deux ou trois heures. Souvent le repas du soir les faisait disparaître.

Symptômes généraux : amaigrissement, lassitude, perte des forces ; elle est obligée de cesser tout travail ; constipation absolue ; de temps en temps un peu de diarrhée ; maux de reins ; migraine.

Ventre d'aspect normal ; hypotension abdominale, surtout accusée dans les deux régions latérales hypogastriques.

Douleur à la palpation, boudin cæcal dur et douloureux, cordon sigmoïdal. Pas de rein mobile. Estomac peu distendu, clapotant.

Voici les traits distinctifs de cette observation :

1° Le nourrissage a été défectueux : alimentation grossière et sevrage prématuré ;

2° Les accidents intestinaux ont nettement prédominé pendant toute la vie : diarrhée, selles multiples provoquées par l'ingestion des aliments. En même temps, intégrité des fonctions gastriques ; existence de vomissements purement bilieux, survenant de préférence le matin, sans relation immédiate avec le repas ;

3° A vingt-trois ans seulement, l'estomac entre en scène (depuis un an la constipation avait remplacé la diarrhée habituelle) : ballonnement, sensation de gonflement immédiatement après les repas et crampes d'estomac au bout de trois heures ;

4° Enfin, l'examen objectif du ventre nous montre la prédominance de la stase cæcale sur la stase gastrique.

D.—M[me] X..., trente-trois ans. — A souffert en nourrice ; a eu trois ou quatre nourrices ; très chétive ; on ne pensait pas la sauver ; glandes au cou ; très maigre ; appétit très irrégulier, très capricieux. Réglée à treize ans ; à dix-huit ans, fluxion de poitrine qui lui a laissé un point au-dessous du sein gauche quand elle monte et court. Teint pâle et mat ; couleurs et bonne santé pendant la grossesse ; deux grossesses, la première il y a dix ans, la seconde il y a cinq ans ; a engraissé pendant les deux grossesses, puis a maigri après, tout en restant avec un embonpoint convenable ; couches très simples. Se plaint de gonflement après les repas et de crises vers six à sept heures du soir ; celles-ci se montraient d'abord tous les six mois ; mais depuis un an elles se sont beaucoup rapprochées ; surviennent presque tous les jours depuis cinq ou six mois ; constipation légère, au dire de la malade ; en réalité très constipée et sang dans les selles la semaine passée.

Ces crises se caractérisent par une sensation de serrement autour de la taille avec douleur dans tout l'abdomen et dans les reins et gonflement de l'épigastre. Le lit fait disparaître ces crises presque instantanément.

Se plaint de vertige quand elle fait un mouvement brusque, ou dans les rues quand il y a beaucoup de monde.

Teint blafard du visage ; subictère des conjonctives ; ventre

mou ; estomac clapotant et distendu ; masse cæcale ; cordon sigmoïdal. Pas de rein mobile.

Notons :

1° Un nourrissage défectueux, plusieurs changements de nourrices, et consécutivement une enfance très chétive, un appétit irrégulier et capricieux ;

2° L'influence bienfaisante de chaque grossesse ;

3° Crises *spéciales* se caractérisant par une sensation de serrement autour de la taille, des douleurs abdominales et lombaires et du gonflement épigastrique. Ces crises sont *tardives*, c'est-à-dire surviennent cinq ou six heures après le repas de midi. Enfin, le lit les fait disparaître ;

4° Signes de stase gastro-cæcale.

E. — Le 12 juin se présente à nous une femme de cinquante ans, un peu pâle, sans embonpoint. « J'ai toute ma vie souffert un peu de « l'estomac ; toutefois, ces souffrances, auxquelles je n'apportais « aucune attention, se sont accrues sensiblement depuis l'in- « fluenza de 1889-1890. Depuis cette époque j'ai maigri beaucoup, « j'ai perdu 8 kilogrammes. »

Nous ne relevons aucune maladie aiguë sérieuse ; jamais de grossesse ; pas de chlorose ; bonne santé, sauf deux infirmités : la *migraine* et la *constipation*.

La migraine, entre trente et quarante ans, a été très fréquente, tous les huit ou quinze jours ; parfois violents accès. Puis ces accès ont été moins forts, ils se sont surtout beaucoup espacés depuis l'influenza.

Quant au début de la constipation, il se perd « dans la nuit des temps » ; « je ne vais jamais à la selle sans lavement et je crois que toute ma vie il en a été ainsi ».

Sa journée. — Se lève éreintée, s'excite et se remonte ; déjeune sans appétit à huit heures, à dix heures délabrement d'estomac avec besoin de prendre et anéantissement ; elle a l'habitude de prendre un œuf en lait de poule à ce moment-là.

Après le dîner de midi, a un poids sur l'estomac, sans ballonne-

ment *appréciable;* ce sentiment de pesanteur se dissipe peu à peu. A quatre heures réapparition du délabrement et de l'anéantissement; elle prend également un œuf. Ce dont la malade se plaint surtout, c'est que ce délabrement de quatre heures se transforme de plus en plus en crampe d'estomac très vive, mais en général d'une courte durée. A ce moment, elle n'a qu'une ressource, c'est de se mettre au lit, où tout disparaît rapidement. Elle n'éprouve d'ailleurs aucun malaise de ce genre au lit.

Examen abdominal. — Le côlon ascendant forme un boudin très net, qui ressaute sous les doigts en crépitant et avec légère douleur accusée par la malade. Le côlon descendant se perçoit très aisément sous la forme d'un cordon vide et rétréci. Estomac clapotant, un peu abaissé (2 ou 3 centimètres) et avoisinant inférieurement l'ombilic; ventre mou, un peu globuleux et ballonné.

Rein mobile au deuxième degré; rien au foie; langue pâteuse et un peu rouge.

Plusieurs traits sont intéressants à souligner dans cette observation, en apparence banale :

1° La constipation, et une constipation très rebelle, est le fait pathologique qui domine la vie tout entière de cette malade;

2° Évolution de la migraine : elle apparaît à l'âge adulte, a son maximum de fréquence et d'intensité pendant la force de l'âge, puis s'atténue progressivement; elle devient négligeable après l'influenza;

3° C'est à la suite de l'influenza que l'estomac devient le siège de souffrances réelles: délabrement deux ou trois heures après les repas; un anéantissement général coïncide avec la sensation de délabrement localisée à l'épigastre; le délabrement qui se produit après le repas de midi dégénère en crampe d'estomac;

4° Signes non douteux de stase gastro-cæcale;

5° Rein mobile à droite.

II

Pour rédiger une observation de dyspeptique, il faut passer en revue successivement les *antécédents*, le *cycle de vingt-quatre heures* et les *résultats fournis par la palpation abdominale*.

Nous suivrons ce plan pour la création du *type dyspeptique* qui suit :

Étude des antécédents. — *Irrégularités du nourrissage :* Changement de nourrices ; propriétés nocives du lait ; sevrage prématuré, etc. Accidents intestinaux pendant la première enfance : diarrhée verte, choléra infantile, irrégularités des garde-robes. Maladies éruptives pendant la seconde enfance : rougeole, varicelle, scarlatine. Souvent coqueluche interminable.

Exanthèmes cutanés de diverses formes ; engorgements strumeux dans la région cervicale.

De douze à quinze ans. accidents fébriles ou pyrexies plus graves : embarras gastrique, fièvre muqueuse, fièvre typhoïde franche et grave, à longue convalescence.

Puis, vers seize ans, l'organisme reprend le dessus et la santé reste satisfaisante pendant quelques années.

De vingt à vingt-cinq ans, époque de surmenage ou de travail assidu, apparaissent généralement des maux de tête, des palpitations, des accidents nerveux variés. Puis la constipation, déjà ancienne, attire l'attention du malade, ou bien ce sont des alternatives de diarrhée et de constipation, de loin en loin quelques accès de migraine, que les écarts de vie ou simplement de régime ramènent infailliblement.

Vers la trentième année, l'estomac entre en scène. Ce n'est plus seulement le ballonnement, la sensation de gonflement, la congestion de la face après les repas, symptômes qui existent depuis longtemps et auxquels le malade n'attache aucune importance. Mais c'est un poids qui oppresse, des renvois qui ne peuvent sortir, une série de phénomènes d'ailleurs variés, fran-

chement pénibles, faisant de la période digestive un moment redoutable et impropre à tout travail utile.

A cette phase d'évolution des troubles digestifs, le malade est ordinairement considéré comme *dyspeptique*.

Cycle de vingt-quatre heures. — Nuit très souvent agitée, pleine de rêves, de cauchemars, interrompue par un réveil qui se produit à heure fixe, dans la seconde moitié de la nuit. Le matin, sensation de brisement lombaire, de meurtrissure au niveau des dernières côtes dans la moitié droite ou gauche du thorax. La langue est pâteuse et l'appétit est nul. Inaptitude au travail intellectuel. Le dîner de midi est attendu avec impatience dès dix ou onze heures : le malade éprouve le « besoin de prendre » ; il se sent faible, la tête vide et sans entrain. Très vite rassasié, il sort de table gonflé et ballonné ; il a un poids sur l'estomac, un sentiment de gêne dans la région épigastrique, et la tête congestionnée. Au bout d'une heure environ, tous ces phénomènes se dissipent peu à peu et laissent après eux quelques instants de bien-être. Puis, vers quatre ou cinq heures, des renvois dont l'odeur rappelle les mets du repas de midi, de la faiblesse générale, des jambes surtout ; en même temps une sensation de vide, quelques douleurs fugitives à l'épigastre, dans les reins, dans le ventre, parfois une véritable « crampe d'estomac », c'est-à-dire une sensation de *torsion* au-dessus de l'ombilic ou de constriction de tout l'abdomen au même niveau. Ces phénomènes douloureux sont surtout marqués les jours où le repas de midi a été plus copieux que de coutume. C'est au contraire le sentiment de *vide*, de *faiblesse* qui prédomine quand pour un motif quelconque le repas a été léger. La plupart des phénomènes douloureux qui se passent à cette heure (et la variété en est infinie) siègent « entre le ventre et l'estomac », s'irradient dans les flancs, dans les reins et jusque dans les épaules; ce qui oblige le malade à marcher courbé en avant et en se comprimant l'abdomen des deux mains. A ce moment, les traits de la physionomie sont étirés, la face est pâle, le cerveau est vide ou lourd ; en tous cas, le malade est plus ou moins étranger à tout ce qui se passe autour de lui. Ces phénomènes vont en s'atténuant au bout d'une demi-heure ou d'une heure, quelquefois même disparaissent spontanément, suivis de nouveau du besoin de prendre. En tout cas le repas du

soir fait généralement disparaître tous les malaises qui peuvent persister : la crampe d'estomac, la faiblesse générale, le vide cérébral, etc. Sachant qu'un repas un peu copieux le soir est suivi immanquablement d'une nuit affreuse, le malade mange très peu à ce moment de la journée et se trouve bien après son repas : ce sont souvent les meilleures heures de la journée.

Les selles sont *à peu près* quotidiennes, à condition d'être provoquées de temps en temps par des moyens artificiels ; elles sont *irrégulières*, c'est-à-dire sans heure fixe, tantôt très dures, tantôt diarrhéiques, toujours peu abondantes et pénibles, souvent *sanglantes* et douloureuses à cause de la présence d'hémorrhoïdes.

Les jours de migraine sont préparés et précédés par des nuits plus mauvaises, par de la constipation franche, par un gros écart de régime, par un surmenage cérébral ou par des perturbations atmosphériques. La migraine atteint son paroxysme vers le fin de la journée. Elle se termine par des vomissements ou avorte à la suite d'une selle abondante. Souvent, à la phase la plus aiguë de la douleur cranienne, le malade se demande s'il va vomir ou aller à la selle. Dès que l'orage migraineux est passé, sensation de brisement, besoin extrême de repos et de sommeil ; celui-ci est excellent et la journée du lendemain est délicieuse, sans aucun des *troubles digestifs habituels*.

Examen objectif de l'appareil digestif. — Palpation abdominale. — L'examen, pratiqué trois ou quatre heures après le repas de midi, révèle les signes physiques suivants :

Langue constamment saburrale, surtout dans sa moitié ou son tiers postérieurs, où on trouve un enduit gris jaunâtre, plus ou moins épais, avec rougeur et hypertrophie des papilles du V lingual.

Rien à l'inspection de l'abdomen, si le malade est couché ; s'il est debout, le ventre est un peu globuleux au-dessous de l'ombilic.

La sonorité gastrique commence à l'appendice xiphoïde et finit à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, parfois atteint la région ombilicale. C'est une sonorité à tonalité basse ; quelquefois on a du tympanisme épigastrique. Si de la main droite on imprime au tronc du malade de brusques secousses, pendant que la main gauche repose à plat sur la région de l'estomac, cette

main est frappée par le contenu stomacal et on a la sensation d'un véritable *flot* en même temps que l'oreille perçoit le bruit de *clapotage*.

Dans la région de la fosse iliaque droite, on sent à la palpation un *cæcum* arrondi, qui glisse sous les doigts en donnant l'impression d'un boudin, souvent crépitant ou gargouillant. Ce boudin peut être suivi jusque dans la région sous-hépatique. A gauche, le côlon descendant se présente sous la forme d'un *cordon étroit* et *vide d'air*, que les doigts mobilisent très aisément. Le côlon transverse est d'une découverte parfois fort difficile et apparaît comme une zone d'empâtement, étroite, transversale qui oscille de haut en bas et de bas en haut. C'est en cherchant le côlon transverse qu'on fait naître assez communément une *lancée*, une *piqûre*, un *tiraillement douloureux* au creux de l'estomac. Ces mêmes douleurs peuvent être provoquées par le ressaut du boudin cæcal.

La matité hépatique est normale. On ne perçoit pas le bord du foie, même dans les grandes inspirations. On ne trouve de mobilité rénale ni à droite ni à gauche.

Enfin, le ventre est *mou ;* la *fouille* en est facile. Facies un peu amaigri ; physionomie aux traits tirés, yeux cernés.

Intégrité du cœur et des poumons.

Crachats glaireux le matin.

Urines du soir troubles, urines du matin claires, sans sucre ni albumine.

Tels sont les faits qu'on retrouve généralement dans l'interrogatoire et dans l'examen de tout individu encore jeune qui souffre de troubles digestifs.

Il nous reste à reprendre chaque partie de cette observation : *antécédents*, *cycle de vingt-quatre heures* et *examen objectif de l'abdomen*, à montrer l'enchaînement qui existe entre les épisodes morbides de la vie entière et les signes objectifs révélés par la palpation abdominale ; en fin de compte, à dégager la signification clinique que comporte l'observation dans son ensemble.

Si nous interrogeons les *antécédents*, nous trouvons tout

d'abord, pendant le nourrissage, des *accidents intestinaux*, souvent graves, prolongés, ayant laissé l'enfant dans un état de débilité extrême et longtemps rebelle. De dix à quinze ans, c'est une *fièvre muqueuse*, très souvent une dothiénentérie franche et grave, avec convalescence lente et mouvementée. La fréquence de ces maladies, dans les antécédents des dyspeptiques, est incontestable, frappante même.

Notons ensuite la *constipation*, les *alternatives de diarrhée et de constipation* et la présence des *hémorrhoïdes*. La constipation, qui est la règle, est souvent difficile à déceler : les enfants, les jeunes gens s'observent très mal à ce sujet, et ce n'est guère qu'à une époque avancée de son évolution, lorsqu'elle est opiniâtre, douloureuse même, que la rareté et l'insuffisance des garde-robes attirent l'attention du malade. Et puis n'est-ce point une chose banale, de peu d'influence sur la santé générale, que la constipation si fréquente même chez les gens bien portants? Aussi le médecin est-il obligé souvent d'insister beaucoup pour obtenir quelques détails sur la manière de fonctionner du gros intestin.

Quant aux hémorrhoïdes, bien peu de dyspeptiques en sont ou en restent indemnes au cours de leur vie.

Ainsi, nous nous trouvons en face d'un malade qui a depuis son enfance des *accidents intestinaux*, aigus ou chroniques, fébriles ou non fébriles.

Pendant l'enfance, pendant la jeunesse, rien ou à peu près rien du côté de l'*estomac*.

N'est-elle point remarquable d'ailleurs, cette rareté des souffrances de l'*estomac* proprement dit chez les enfants et les jeunes gens? Au contraire, les troubles intestinaux sont prédominants en clinique infantile. Ce n'est qu'à un âge déjà avancé qu'on voit apparaître les « maux d'estomac ». L'enfant mange à toute heure, se nourrit d'aliments indigestes, presque toujours impunément pour l'estomac; le trouble digestif, quand il a lieu, se traduit par des douleurs abdominales, des coliques,

de l'entérite, de la diarrhée, toute une série de phénomènes qui ont pour siège principal, souvent exclusif, l'intestin et évoluent suivant un processus aigu qui *semble* s'éteindre rapidement et définitivement. A cet âge, pas de dyspepsie, c'est-à-dire pas de *maladie chronique de l'appareil digestif*, en apparence du moins.

Et, cependant, notre dyspeptique présente des hémorrhoïdes. Il est certain que ces varices rectales ont mis un long temps à se développer et sont, par conséquent, l'indice d'un trouble fonctionnel du côlon fort ancien. A quelle époque en remonte le début? L'histoire des antécédents du malade est muette à ce sujet.

Le côlon est un organe à sensibilité obtuse : la clinique le démontre tous les jours. On rencontre des malades qui ont dans le côlon des accumulations énormes de matières fécales et ne s'en doutent pas le moins du monde ; ils affirment même que les fonctions intestinales s'accomplissent normalement.

Nous ne pouvons donc, au sujet de l'époque d'apparition des hémorrhoïdes, affirmer qu'une chose, c'est que leur manifestation extérieure, par des selles sanglantes et douloureuses, est un signe évident de trouble fonctionnel ancien du gros intestin.

La conclusion qui se dégage de l'étude des antécédents de notre dyspeptique, c'est que *chronologiquement les accidents intestinaux sous forme épisodique, ont précédé les phénomènes gastriques ; l'intestin a été malade bien avant l'estomac.*

Le cycle des vingt-quatre heures du dyspeptique n'est pas moins instructif que l'étude des antécédents. Notons le réveil à heure fixe dans la seconde moitié de la nuit. Chez beaucoup de malades ce phénomène passe à peu près inaperçu : d'abord parce qu'il ne se produit, avec sa fixité et sa périodicité remarquables, qu'à un certain moment de la maladie, en général dans les premiers temps, et disparaît bientôt pour faire place à l'insomnie ou au sommeil lourd et agité ; ensuite

parce qu'il s'agit ordinairement d'un réveil plus ou moins incomplet, de quelques minutes au maximum. Dans certains cas, cependant, le malade reste éveillé plusieurs heures et ne réussit à s'endormir que vers le matin.

Au réveil le malade est las et se plaint de « maux de reins » qui se dissipent rapidement avec l'activité de la veille. Cette sensation de brisement au niveau de la région lombaire, si fréquente chez les dyspeptiques, traduit le fonctionnement laborieux du côlon pendant le sommeil en même temps que les multiples effets de sa surcharge par les résidus résultant des aliments ingérés pendant le ou les jours précédents. Le réveil à heure fixe correspond également à la phase colique de la digestion. Le sommeil est la suspension de toute vie sensitivo-sensorielle ; à l'état de santé, le cœur, le poumon, l'estomac, l'intestin, le foie, tous les organes, en un mot, de la vie de nutrition, fonctionnent d'une manière silencieuse, *pour leur propre compte* pour ainsi dire, laissant au repos absolu les centres de sensibilité générale et sensorielle. Il n'en est plus de même chez le dyspeptique : l'accomplissement des fonctions du côlon est pénible et entraîne des réactions du côté du système nerveux central ; ces fonctions étant en outre périodiques, on conçoit la rupture du sommeil à heure fixe. Et, pour prouver que les choses se passent bien ainsi, il suffira de donner au malade quelques doses d'un laxatif pour voir reparaître le sommeil, et même un sommeil réparateur, après lequel le malade se lèvera reposé et sans maux de reins. Glénard l'a dit très justement : *Le laxatif est le somnifère du dyspeptique.*

Mais poursuivons l'examen de la journée de notre dyspeptique. Dès dix ou onze heures du matin, il éprouve le « besoin de prendre » et il se sent *faible.*

Ce « besoin de prendre » ne doit pas être confondu avec l'appétit, et la preuve en est que notre malade est très vite rassasié : dès qu'il a un peu mangé, il se sent *ballonné*, il a un

poids sur l'estomac. Ce besoin de prendre matutinal va se retrouver à la fin de la journée et pourra être expliqué très simplement. Quant « au *poids* sur l'estomac », il traduit, à n'en pas douter, la *faiblesse* gastrique, son manque de tonicité à vide d'abord, puis même pendant la période d'éréthisme circulatoire qui accompagne la fonction. La faiblesse *générale* du malade, qui survient dès dix ou onze heures du matin, coïncide avec le *summum* de cette faiblesse *spéciale gastrique*, disons mieux, *gastro-intestinale;* car n'est-ce pas abuser de l'abstraction que de séparer deux organes, l'estomac et l'intestin, qui, en réalité, sont deux segments d'un même appareil? Cette coïncidence de la faiblesse générale avec le moment de plus grande atonie gastrique est digne d'être notée dès maintenant; nous verrons dans la suite quelles déductions peuvent et doivent en être tirées.

Vers quatre ou cinq heures du soir, la faiblesse générale réapparaît et en même temps des renvois, de nouveau la *sensation de vide* beaucoup plus accentuée que le matin, sensation de vide qui peut s'accompagner de douleurs variables dans la zone abdominale ; parfois même, si les repas ont été plus copieux que de coutume la veille ou l'avant-veille, ce sont de véritables *crampes d'estomac*. Ces crampes siègent entre le ventre et l'estomac, s'irradient dans les flancs et jusque dans les reins. Pendant les trois ou quatre heures qui ont suivi le repas, l'estomac s'est efforcé de se débarrasser de son contenu ; le sentiment de pesanteur s'est dissipé peu à peu ainsi que le ballonnement : gaz et matières solides ont quitté la cavité gastrique, ont cheminé dans tout le parcours de l'intestin grêle et vers quatre ou cinq heures sont venus se déverser dans le côlon. Celui-ci est entré en fonction à son tour, et c'est alors que la scène a changé brusquement : du côté de l'estomac, flaccidité post-fonctionnelle, *faiblesse irritable*, d'où la sensation de vide gastrique et les crampes d'estomac ; du côté de l'intestin, péristaltisme pénible et douloureux,

d'où la constriction abdominale s'irradiant dans les reins; enfin, influence réciproque que ces deux organes exercent l'un sur l'autre, correspondant à la variabilité de la symptomatologie (douleurs d'irradiation, lancées, piqûres) et créant les conditions favorables aux *tiraillements ligamenteux* de tout l'appareil digestif.

Le repas du soir fait disparaître tous ces malaises. Que se produit-il par le contact des aliments avec la muqueuse gastrique? Le sang afflue vers l'estomac, les forces nerveuses, musculaires, sécrétoires se rassemblent ; c'est l'éréthisme proprement *fonctionnel*, qui suit l'entrée en activité de tout organe; l'estomac acquiert ainsi son maximum de puissance, de *tonicité*. Le côlon lui-même, à titre de partie intégrante du même appareil, bénéficie des effets de cette excitation physiologique et se trouve un instant en mesure de se *ressaisir*. Bref, tout disparaît : le sentiment de vide, les crampes, les douleurs, etc...

Quant à la *faiblesse générale* qui revient périodiquement avec les mêmes malaises gastro-intestinaux, il est plausible d'admettre qu'il existe, entre ceux-ci et celle-là, plus qu'une simple coïncidence, une véritable relation de cause à effet. La *faiblesse gastro-intestinale* entraîne après elle la *faiblesse générale*, en particulier la faiblesse des membres inférieurs. En effet, *immédiatement* après le repas, *pendant* le repas même, c'est-à-dire à un moment où il ne saurait être question de faire appel aux phénomènes d'absorption, la *faiblesse générale* se dissipe brusquement ; le malade est de nouveau alerte, capable de fournir aussi bien un effort physique qu'un travail cérébral. Si donc l'ingestion des aliments enlève *illico* la faiblesse générale, il est permis d'attribuer celle-ci au vide gastro-intestinal, en un mot de la mettre sur le compte de l'appareil digestif.

L'étude du cycle de vingt-quatre heures, chez le dyspeptique, vient ainsi corroborer et compléter celle des antécédents :

c'est l'intestin qui prend la plus grande part dans la genèse des phénomènes douloureux; la crampe d'estomac elle-même se complique d'accidents imputables au côlon ; c'est l'intestin qui trouble le sommeil ; c'est enfin au moment où la digestion gastrique s'achève et où le côlon entre en scène que surviennent la plus grande partie des troubles subjectifs de la digestion et surtout *les plus caractéristiques* de ces mêmes troubles.

L'examen objectif de l'abdomen, véritable biopsie du dyspeptique, va nous fournir un complément d'informations d'une valeur décisive.

La forme globuleuse de la région sous-ombilicale est une particularité à signaler dès maintenant, mais dont nous ne saisirons la signification que plus tard.

A l'état normal, la sonorité gastrique ne dépasse pas le rebord des fausses côtes gauches. Chez notre malade elle le dépasse de 2, 3, 4 centimètres, parfois même avoisine l'ombilic. (Le matin, avant toute ingestion alimentaire, les limites de la sonorité gastrique sont à peu près normales chez le malade que nous analysons présentement.) A cette distension gastrique, physiquement appréciable, ajoutons la *sensation de flot*, le *bruit de clapotage*, et nous aurons un petit faisceau de signes objectifs qui traduisent la *stase gastrique*. Et cette stase gastrique est un signe pathologique ; car on la constate trois, quatre et cinq heures après le repas, c'est-à-dire à un moment où l'estomac normal s'est vidé à peu près en totalité de son contenu alimentaire. La tonalité basse du son révélé par la percussion, le flot et le clapotage traduisent en même temps l'absence ou la diminution de la tension gazeuse intrastomacale. Cette diminution de tension nous apparaît même comme une condition nécessaire pour la facile constatation de la stase gastrique. Ce qui le prouve, ce sont les difficultés d'examen immédiatement après le repas : à ce

moment, l'estomac est tendu par les gaz que dilate la chaleur fonctionnelle de l'organe ; la paroi même de l'estomac a son maximum de tonicité. Il faut, en outre, tenir compte, à ce moment, de la surcharge alimentaire et, par conséquent, des difficultés de mobilisation des solides et des liquides accumulés dans la cavité gastrique. Trois ou quatre heures après le repas, les conditions d'observation sont tout autres : une partie notable des aliments a franchi le pylore ; la fonction gastrique est éteinte ou sur le point de s'éteindre; l'estomac s'affaise sur lui-même, plus ou moins vide de gaz; il est facile de comprendre que c'est le moment le plus favorable pour la recherche de la *stase gastrique*.

Comme on le voit, l'exploration physique nous fournit sur l'état de l'estomac un assez grand nombre de renseignements précis, d'ailleurs suffisants pour les besoins de la pratique. L'estomac, grâce à ses *dimensions*, est un organe accessible à nos moyens d'investigation. Il n'en est pas de même du duodénum et de l'intestin grêle dans la généralité des cas : la distension gazeuse et l'affaissement sont les seules notions extrêmes que la palpation puisse nous fournir au sujet de ces organes. Dans le cas particulier de notre dyspeptique, nous sommes impuissants à rien découvrir.

Le gros intestin, qui a été si délaissé jusqu'à ce jour, est au contraire un organe des plus accessibles : les côlons ascendant et descendant, qui reposent sur des plans résistants, se prêtent très aisément à un examen approfondi. A la palpation, nous trouvons aisément un *cæcum* rempli de matières, qui roule sous les doigts comme un boudin et fait entendre des *crépitations*, parfois même du *gargouillement*. Le plus souvent on peut suivre ce boudin, d'ailleurs irrégulier, jusque dans la région sous-hépatique. A ce niveau, on le perd. Le côlon transverse est suivi presque dans tout son parcours; puis, dans le flanc gauche, la main ne tarde pas à percevoir un cordon vertical qui *roule* avec la plus grande facilité dans

le sens transversal et qu'on ne perd qu'à son entrée dans le petit bassin. A n'en pas douter, il s'agit du côlon descendant qui est nettement *sténosé*, *affaissé*, *vide d'air* et de *matières*. Il est juste de noter aussi la douleur épigastrique réveillée soit par la palpation du cæcum, soit par la recherche du côlon transverse. Cette douleur de retentissement siège le plus souvent « entre le ventre et l'estomac », comme disent très justement les malades, c'est-à-dire à 3 centimètres environ au-dessus de l'ombilic, dans le point où siège le ligament qui relie le côlon à l'estomac (ligament pylori-colique de Glénard). Insistons à nouveau sur le fait clinique lui-même, à savoir : *la possibilité de provoquer une douleur épigastrique par la simple mobilisation du gros intestin.* Finalement, l'exploration abdominale nous a permis de suivre le gros intestin presque sur toute sa longueur : le cæcum nous a paru le siège d'une accumulation de matières fécales, tandis que le reste du côlon, en particulier le côlon descendant, a été trouvé *vide* et *affaissé*. Rapprochons de ces constatations objectives la *constipation*, la *forme irrégulière* (parfois rubanée, filiforme) des garde-robes, les *faux besoins*, les *défécations* partielles, multiples, si fréquentes dans ce cas, et nous aurons ainsi sur l'état du côlon des renseignements précis, du plus haut intérêt, qu'il serait irrationnel de négliger au profit des données symptomatiques fournies par l'examen de l'estomac.

Une dernière notion significative est celle de la *mollesse*, de la *flaccidité* même de l'abdomen, dont la tension est notablement diminuée. La tension abdominale traduit non pas la tension de la paroi, mais bien celle du *contenu*. C'est dire que, pour nous, tension abdominale est synonyme de *vitalité*, de *tonicité gastro-intestinale*. C'est là, du reste, une question capitale, qui exige des développements et fera l'objet du chapitre suivant.

En résumé, l'examen objectif nous a révélé, à côté d'un

estomac qui se vide mal et lentement, un côlon vide de gaz, rempli de matières fécales dans sa première portion, sténosé, affaissé, ressemblant à un cordon inerte dans sa portion terminale. Là encore, l'intestin a le pas sur l'estomac au point de vue de l'importance de ses désordres. Et c'est une conviction que l'on acquiert bien vite par l'examen des dyspeptiques que celle de la prépondérance manifeste des troubles intestinaux.

On reste stupéfait que des signes objectifs aussi grossiers n'aient pas davantage attiré l'attention des observateurs, ou aient pu être considérés comme une quantité négligeable par certains esprits prévenus !

De la lecture des faits énumérés plus haut et des commentaires de notre observation schématique, il se dégage une série d'enseignements que nous pouvons grouper de la façon suivante :

1° Les accidents gastriques, dans la dyspepsie, sont précédés et préparés par des troubles fonctionnels du gros intestin : tout dyspeptique a un *passé intestinal* qu'il faut rechercher attentivement et qu'on ne saurait négliger sous peine de tronquer l'observation, de ne voir qu'une partie des faits et partant de faire fausse route en matière de pathogénie ;

2° Les symptômes accusés par le dyspeptique sont commandés par les diverses étapes que parcourt le bol alimentaire : d'où leur évolution cyclique, un ordre parfait dans leur succession pendant les vingt-quatre heures et, par conséquent, leur interprétation clinique simple et rationnelle ;

3° A la phase intestinale de la digestion correspondent les symptômes les plus en vue et les plus caractéristiques ;

4° Aux accidents intestinaux, dont la note propre est de survenir trois, quatre, cinq heures après le repas, se surajoutent des troubles gastriques qu'expliquent les relations fonctionnelles du côlon et de l'estomac. Les mêmes relations nous rendent compte des phénomènes intestinaux survenant

parfois immédiatement après les repas, pendant la phase proprement gastrique de la digestion ;

5° L'examen objectif, nécessaire pour la dyspepsie au même titre que pour toutes les maladies, révèle d'une façon générale de la *stase au niveau du côlon et de l'estomac*. La stase cæcale est manifestement *prédominante* et *antécédente*.

CHAPITRE II

TENSION ABDOMINALE

Nous avons vu que la dyspepsie se réduit à une insuffisance de la péristaltique gastro-intestinale, que le premier signe de cette insuffisance est la *stase*, l'*arrêt* des résidus de la digestion dans la *cavité cæcale*.

Cette conception théorique semble commander une thérapeutique des plus simples : la déplétion de l'intestin, l'entretien de sa perméabilité par tous les moyens possibles. Or il arrive qu'une thérapeutique semblable est propre à causer plus de mécomptes que de succès.

Ici intervient un troisième élément qu'il nous reste à étudier : *la tension abdominale.*

I

La tension abdominale n'est autre chose que la *résistance totale* de l'abdomen, résistance de la paroi et surtout résistance du contenu de cette cavité.

Ce contenu correspond, non aux organes profonds qu'une *fouille* peut mettre en évidence dans certains cas, tels que foie, reins, etc., mais à la masse immédiatement accessible à une palpation antérieure superficielle. En d'autres termes, ce contenu, c'est le tube digestif proprement dit, c'est-à-dire

essentiellement une cavité *remplie de gaz*, *formée de parois musculaires et élastiques.*

Est-il besoin d'ajouter que cette cavité est en communication avec l'air extérieur, qui est dégluti avec la salive et avec les aliments ? Il en résulte que l'état physiologique est un état d'équilibre entre la pression atmosphérique et la tension gazeuse de la cavité digestive. Cet équilibre, on le conçoit, est une condition nécessaire, en quelque sorte *sine qua non*, pour que la péristaltique gastro-intestinale reste *normale.* De là le rôle prépondérant, quoique ignoré jusqu'à présent, de la *tension gazeuse intra-abdominale.*

Entre l'air extérieur et l'*air intérieur* (qu'on me permette cette expression) se trouve interposé un double élément *musculaire :* la paroi de l'abdomen et les tuniques gastro-intestinales.

Le rôle de la paroi, dans l'espèce, nous semble d'ordre secondaire. Aussi le négligerons-nous pour le moment, nous réservant de l'étudier ailleurs, à propos de certains cas, de la grossesse, par exemple.

Ici nous devons envisager le rôle dévolu aux tuniques de l'estomac et de l'intestin. C'est, en effet, la *tonicité* de ces plans musculaires qui règle la tension de l'*air intérieur :* si les gaz se dilatent ou s'accumulent en un point, elle en assure la progression, la diffusion ; de même, en cas de raréfaction gazeuse, il est aisé de comprendre que le retrait *tonique* (et non l'*affaissement*) des parois de tube digestif tend à ramener ces gaz à un état de condensation voisin de l'état physiologique. En définitive, il est logique d'admettre que l'élément musculaire gastrique et intestinal, grâce à ses propriétés toniques, est par excellence le *régulateur naturel* de la tension des gaz contenus dans la cavité digestive.

D'où il suit que, si la tension abdominale est cliniquement normale, on sera en droit de conclure à l'existence d'une tonicité digestive intacte et, partant, d'une *péristaltique* à la

hauteur de sa *tâche physiologique*, qui est la translation du bol alimentaire, en un laps de temps donné, de la bouche à l'anus.

Pour conclure, disons que le terme « *tension abdominale* » devient ainsi l'équivalent de l'expression « *tonicité des voies digestives* ».

Si l'on procède à un *examen méthodique* de l'abdomen de tous les dyspeptiques, *quels qu'ils soient*, on est frappé de trouver constamment des signes évidents de *stase cæcale*. Que le malade accuse de la régularité des selles, ou de la constipation, ou des alternatives de diarrhée et de constipation, il existe *toujours* un certain degré de stase des matières fécales au niveau du cæcum ; à la palpation, cet organe apparaît ou distendu, gonflé ou rétréci, atélectasié, en tous cas constamment plus ou moins vide de gaz et modelé pour ainsi dire sur son contenu. D'ailleurs, la stase cæcale est d'un diagnostic presque toujours aisé : le cæcum est un organe qu'on a pour ainsi dire tout entier *dans la main ;* on peut en apprécier les caractères de résistance, le calibre, la situation, la mobilité, etc.

Si l'on envisage la dyspepsie au point de vue de son évolution, on voit la stase cæcale précéder la stase gastrique et lui survivre. En réalité, la « stase gastrique », qui jusqu'à présent a exercé bien à tort la sagacité de nombreux cliniciens, n'est qu'un phénomène variable, contingent, cliniquement surbordonné à la stase cæcale.

On obtient assez rapidement le retrait de l'estomac dans les limites physiologiques et le retour de ses fonctions motrices. La péristaltique du côlon, au contraire, ne peut être recouvrée qu'avec lenteur et qu'avec une réelle difficulté ; le malade se trouve à peu près guéri, qu'on perçoit encore le « boudin cæcal » et que les fonctions d'excrétion laissent à désirer.

A côté de la « stase cæcale », que nous regardons comme un fait clinique constant chez les dyspeptiques (et nous ne craignons pas d'être démenti par les praticiens), il convient de placer la « diminution de la tension abdominale », l'un des signes les plus intéressants et les plus caractéristiques de la dyspepsie. Le ventre de tout dyspeptique a perdu, pour une grande part, sa *tonicité*, sa résistance propre et trahit à la palpation une mollesse, une flaccidité essentiellement variables suivant l'ancienneté, la gravité de la maladie et surtout suivant la vigueur constitutionnelle du sujet.

Tels sont deux faits indéniables, d'ordre physique : la stase cæcale et la *diminution de la tension abdominale*. Il nous reste à montrer comment le premier explique le second. Chemin faisant, le lecteur comprendra, nous l'espérons, quelle lacune immense, en pathologie digestive, va être comblée par la notion de la *tension abdominale* et par la mise en évidence du rôle prépondérant qui lui est dévolu dans le fonctionnement du tube digestif.

La stase cæcale a pour aboutissant nécessaire la diminution de tension abdominale : tel est le problème à résoudre.

Pour rendre notre démonstration plus saisissante et plus claire, nous ferons abstraction des différences de calibre que présentent les divers segments du tube digestif, et nous considérerons celui-ci comme un *cylindre creux*, *de diamètre uniforme sur toute sa longueur*, *de la bouche à l'anus*. Si nous plaçons en un point de son trajet, correspondant *à peu près* à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur, un obstacle qui en rétrécisse notablement la lumière sans l'oblitérer complètement, que va-t-il résulter au point de vue de la péristaltique de l'organe ? En amont de l'obstacle, nous aurons une accumulation des ingesta, c'est-à-dire de l'*hyper*tension par stase, par congestion, par hyperéréthisme fonctionnel. En aval, ce sera de l'*hypo*tension par vide partiel, par tendance

à l'affaissement, par anémie, par une sorte d'*hypo*-éréthisme fonctionnel. Au total, la fonction motrice de l'organe va se trouver compromise, d'une part par exagération dans le segment supérieur, d'autre part par insuffisance dans le segment inférieur. Mais l'obstacle, avons-nous dit, n'est pas absolu. Les gaz, grâce à leur tension croissante, finissent par trouver une issue et entraînent avec eux une partie de la totalité des ingesta solides et liquides. Il faut admettre en outre qu'une part notable de ces gaz est soit résorbée, soit expulsée par la bouche. Enfin, après une durée variable, le segment supérieur a pu se vider de son contenu et tend à s'affaisser au même titre que le segment inférieur, ainsi mal préparé à recevoir la masse des ingesta.

Cet affaissement du tube digestif, au-dessus de l'obstacle, doit être bien distingué du retour au calibre normal après un fonctionnement physiologique ; il s'agit d'un véritable phénomène d'épuisement, d'autant plus profond que la distension a été plus forte, plus prolongée et que l'organe est doué d'une énergie compensatrice moindre.

La contractilité du segment inférieur se trouve de même compromise, non point par dépense de forces exagérée, mais bien par défaut et irrégularité d'utilisation des mêmes fonctions motrices. Tel est un premier acte digestif anormal, un premier pas vers la diminution de tonicité et de tension du tube digestif.

Que cet acte se répète plusieurs fois par jour, pendant des mois et des années, nous obtiendrons un état chronique qui sera le grossissement de celui que nous venons d'esquisser. En d'autres termes, la circulation des gaz sera de plus en plus défectueuse et irrégulière ; la tonicité musculaire, après des assauts incessamment renouvelés, finira par céder en certains points ; il se formera en quelque sorte des bas-fonds, lieux de stagnation plus ou moins permanente pour les solides et les liquides ingérés ; enfin, la nutrition des parois du tube diges-

tif ne laissera pas que de s'altérer progressivement. De telle sorte que ce cylindre creux, primitivement d'un calibre uniforme, donnant à la palpation, sur tout son parcours, la même sensation de résistance élastique, de fermeté, présentera alors des irrégularités de calibre, des portions plus ou moins renflées alternant avec des portions rétrécies et atélectasiées, et sur toute sa longueur une dépressibilité, une flaccidité caractéristiques. En résumé, la paroi du tube digestif, ayant perdu une grande partie de sa tonicité, ne sera plus en état de fournir aux gaz de la digestion un point d'appui suffisant pour qu'ils puissent acquérir leur tension normale.

Ainsi se trouve réalisée la *diminution de tension de la cavité digestive* simplifiée, schématisée pour les besoins de la démonstration. La nature nous offre les faits dans des conditions peu différentes : la clinique va nous le prouver.

Considérons deux types cliniques *extrêmes* et bien *définis*, auxquels très aisément le lecteur pourra rapporter les types *intermédiaires* ou mal dessinés.

On peut avoir affaire à un malade anatomiquement vigoureux, de *forte constitution;* ou au contraire à un sujet de charpente délicate, de *faible constitution*.

A. — Voici un malade à large carrure, ayant les attributs extérieurs d'une grande vigueur et d'une santé robuste, parfois exubérante; gros mangeur, gros buveur. La clinique nous enseigne que des divers segments du tube digestif de ce malade (tube digestif constamment surchargé et partant surmené) le gros intestin est le premier qui reste au-dessous de sa tâche : *le cæcum se laisse distendre considérablement et devient le siège d'une accumulation énorme de matières fécales*. C'est ainsi que se trouve créée la *stase cæcale*, véritable obstacle à la libre circulation des ingesta.

Ici, comme à propos du tube digestif schématique, nous

devons envisager un segment supérieur, comprenant l'estomac et l'intestin grêle, et un segment inférieur, composé du còlon transverse et du côlon descendant.

Le côlon ascendant se confond, au point de vue fonctionnel, avec le cæcum, siège de l'obstacle.

Le segment supérieur, participant de la vigueur constitutionnelle du sujet, sera capable de lutter avantageusement, pendant de nombreuses années parfois, contre les entraves créées à sa péristaltique. Il se passera alors un phénomène analogue à celui qu'on observe au niveau du cœur, qui s'hypertrophie quand la circulation périphérique est gênée.

Les tuniques musculaires du segment digestif gagneront dans cette lutte un surcroît de forces, s'hypertrophieront progressivement jusqu'à *neutraliser* sensiblement, pendant un laps de temps variable, l'effet *ralentissant* produit par l'obstacle cæcal.

Après l'hypertrophie pure et simple, après la compensation en quelque sorte idéale, commence la période de déchéance, d'*asystolie* pour ainsi dire, qui se traduit par une dilatation progressive, généralisée au segment tout entier, toutefois prédominante et surtout *plus appréciable* au niveau de la cavité gastrique ; ce qui se conçoit aisément, si l'on songe que l'estomac est un véritable réservoir de grand calibre et destiné à supporter le poids total de chaque repas. Cette phase de dilatation, avec persistance de l'hypertrophie, correspond à un état encore satisfaisant des voies digestives.

Les déformations profondes, les dislocations, les déplacements, en un mot les difformités réelles et définitives, constituent une dernière phase, la phase de dilatation pure par épuisement et des forces normales et des forces compensatrices.

En résumé, trois phases se succèdent :

1° Phase d'hypertrophie compensatrice proprement dite, en général courte. Bonne santé du sujet. Aucun trouble subjectif;

2° Phase d'hypertrophie avec dilatation, en général longue. La santé générale commence à se détériorer : ce sont des manifestations variées, goutte, rhumatisme, obésité, etc. *Le ventre grossit.* Très peu de phénomènes subjectifs. Début de l'hypotension abdominale ; signes physiques très nets de stase cæcale et de distension gastrique ;

3° Enfin, phase de dilatation, d'asystolie gastro-intestinale, de longueur très variable. C'est le moment des complications prochaines ou éloignées, *dont on meurt.* Phénomènes subjectifs abdominaux : maux de reins, tiraillements ou maux d'estomac, douleurs dans le flanc droit, etc. Le ventre *s'affaisse* progressivement ; l'hypotension s'accuse de plus en plus.

En étudiant le segment inférieur, nous voyons les choses se simplifier. La clinique nous apprend que le cæcum et le côlon ascendant sont le lieu d'élection pour l'accumulation des résidus alimentaires ; ce sont donc ces organes qui vont s'hypertrophier et se dilater d'une façon véritablement prédominante, le reste du côlon subissant un affaissement relatif par irrégularité fonctionnelle plutôt que par inertie. C'est, du moins, dans ce sens que nous semble plaider la multiplicité des selles que l'on observe chez la généralité des gros mangeurs à cette période de leurs troubles digestifs.

Cette multiplicité s'allie d'ailleurs à une régularité apparente (la plupart de ces sujets ont une première garde-robe le matin à jeun et une seconde après le repas de midi ou plus souvent après le repas du soir), celle-ci indiquant l'action d'une hypertrophie, compensatrice de la dilatation.

Mais à cette phase de régularité fonctionnelle succède la phase d'*atonie*, d'*asystolie* du côlon : selles irrégulières, alternatives de constipation et de diarrhée, débâcles, etc...

En résumé, le segment inférieur passe par deux phases :

1° Phase de régularité fonctionnelle apparente ;

2° Phase d'affaissement.

Que devient la tension abdominale pendant ces deux périodes ? Au début, elle reste *normale :* car, si le côlon est affaissé et relativement vide de gaz dans la plus grande partie de son trajet, ce qui tendrait, vu l'importance de cet organe, à abaisser la résistance totale du tube digestif, en revanche le segment supérieur (estomac et grêle) est le siège d'une *hypertension* que nous explique très naturellement la phase d'hypertrophie compensatrice notée tout à fait au début des troubles digestifs chez le gros mangeur ; il s'établit une sorte d'équilibre qui crée une tension sensiblement normale. Cette considération nous rend compte de ce fait clinique : l'absence d'hypertension chez tout dyspeptique, quel qu'il soit ; *on trouve des ventres normalement tendus, on ne trouve jamais de ventres hypertendus.* Dès que la dilatation l'emporte sur l'hypertrophie, la tension abdominale baisse d'une manière progressive, le maximum de l'hypotension correspondant à l'épuisement de la tonicité des deux segments du tube digestif. C'est alors que l'abdomen, sans amaigrissement, sans perte de poids considérables de la part du malade, diminue de volume et surtout a de la tendance à tomber sur les cuisses, le sujet étant debout, ou à s'étaler sur les flancs dans le décubitus horizontal. A ce degré, la fouille en est facile ; les viscères semblent contenus dans une cavité trop vaste ; leurs limites respectives varient avec les changements de position ; en un mot, la *véritable hypotension* est créée.

B. — Chez l'individu jouissant d'une *forte constitution*, il a fallu au tube digestif de nombreuses années pour se laisser en quelque sorte *forcer ;* la tension abdominale a diminué lentement et la maladie a parcouru son évolution par stades successifs, séparés souvent les uns des autres par de longues accalmies, par des périodes de santé en apparence excellente, parfois même exubérante.

Chez le sujet de *faible constitution*, il n'en est pas de même; le tableau est plus simple, de dimensions moindres, quoique identique au précédent dans ses traits fondamentaux.

Au point de vue clinique, on pourrait dire que chez le premier il faut de grandes causes pour produire de petits effets, et que chez le second de petites causes suffisent à entraîner de grands effets.

Le malade est d'apparence débile, maigre, petit mangeur, surtout depuis qu'il souffre, et généralement d'une constipation opiniâtre. L'obstacle cæcal, sans avoir eu le temps d'acquérir un grand volume, a eu promptement raison de la tonicité des voies digestives. La débilité des tuniques musculaires gastro-intestinales n'a pas permis le développement d'une *hypertrophie compensatrice*, ni en amont ni en aval de l'obstacle, ou tout au moins les effets de cette hypertrophie n'ont pas été cliniquement appréciables. A une dilatation de courte durée a succédé l'affaissement avec son cortège de douleurs par tiraillements : sensation de meurtrissure au creux épigastrique, lancées dans la poitrine, douleurs dans les flancs, à droite et à gauche, maux de reins, pesanteur au bas ventre, etc.

Nous n'avons pas, dans ce cas, l'hypertension compensatrice du segment supérieur du tube digestif, masquant l'atélectasie du côlon et créant une période initiale de tension normale. Nous n'avons pas cette longue phase pendant laquelle l'hypertrophie lutte contre la dilatation, en neutralise heureusement les effets et permet ainsi à la fois l'augmentation progressive de volume du ventre et l'abaissement graduel et lent de la tension abdominale.

Dès les premiers moments, chez le sujet de *faible constitution*, il y a eu diminution rapide de la tension générale du ventre. Il a pu augmenter de volume, mais par ballonnement, et cette augmentation de volume a toujours été à la fois modérée, momentanée et suivie d'un égal affaisse-

ment, ces deux phases alternant au début jusqu'à ce qu'enfin l'abdomen reste définitivement déprimé dans le décubitus horizontal et tombant, comme une besace, dans la station verticale.

En un mot, chez notre malade, l'hypotension est un phénomène dès le début prépondérant, allant pour ainsi dire de pair avec tous les autres accidents dyspeptiques.

Si nous voulions condenser tout cet exposé dans quelques propositions, nous dirions :

Chez le sujet vigoureux, de *forte constitution*, la tension abdominale reste *normale* au début, le segment supérieur du tube digestif, par son hypertrophie, compensant l'atélectasie du segment inférieur. La rupture de cette compensation marque le début de l'*hypotension*, qui évolue dès lors avec une rapidité variable suivant une multitude de facteurs que nous étudierons plus loin.

Chez le sujet débile, de *faible constitution*, on note, dès le début, une diminution sensible de la tension abdominale. L'hypotension se trouve créée, pour ainsi dire, d'emblée et s'accroît au fur et à mesure qu'évolue la maladie.

La vigueur anatomique du premier malade explique les phases successives d'une lutte toujours réelle, parfois longue, avant la déroute, c'est-à-dire avant l'hypotension ; de même que la débilité musculo-ligamenteuse du second rend compte de sa déchéance digestive rapide, sorte de défaite sans combat, de mort sans phrase.

Il nous reste maintenant à dire un mot d'un phénomène clinique très important, le *ballonnement*. Les développements, dans lesquels nous sommes entré au sujet de la tension abdominale, jettent sur ce signe pathologique un jour complet et permettent d'en saisir admirablement le sens séméiologique. De prime abord, dans certains cas, on pourrait croire qu'on

se trouve en présence d'un ventre hypertendu et certains ballonnements pourraient être pris pour de l'hypertension. Or, outre que le ballonnement est cliniquement facile à reconnaître par une palpation abdominale exercée, il est aisé de comprendre que ces deux phénomènes s'excluent l'un l'autre : le ballonnement suppose l'hypotension, c'est-à-dire le défaut de résistance, la passivité relative des tuniques gastro-intestinales, qui se laissent distendre à mesure que les gaz se dilatent. L'hypertension se définit, au contraire, par la résistance ultra-suffisante qu'opposent les tuniques digestives à l'expansion gazeuse.

Chez le malade vigoureux, le ballonnement n'apparaît qu'à la fin de la seconde phase ou au début de la troisième ; en un mot, il indique l'épuisement des forces compensatrices.

Chez le malade débile, c'est un phénomène précoce, initial, pour ainsi dire. Les enseignements de la clinique se trouvent ainsi en harmonie parfaite avec les données de la théorie.

Nous ne pouvons terminer cette étude sans en dégager une idée générale, qui va nous ramener à la physiologie, c'est-à-dire à notre point de départ. Entre la santé et la maladie, il n'y a pas de frontières, et, si les malades peuvent se diviser très généralement en deux camps : les *Forts* et les *Faibles*, la même distinction doit être faite chez les gens qui passent pour « bien portants ». Ce qui revient à dire que la tension abdominale physiologique varie suivant les individus et se montre en rapport avec la vigueur musculaire de chacun. Une constitution physiologique athlétique correspond à une tension abdomidale forte ; une constitution débile va de pair avec une tension abdominale faible. Et, d'ailleurs, *digestion* et *force physique*, ne sont-ce pas là deux termes qui s'appellent et résument toute la vie de nutrition ?

II

L'abdomen, chez un individu bien portant ou tout au moins non dyspeptique, est à la fois souple et ferme; il donne à la main qui le palpe une sensation caractéristique de résistance en même temps que d'élasticité, que l'on ne peut définir, mais que le clinicien exercé sait parfaitement reconnaître. En un mot, la palpation révèle une tension abdominale *normale*.

Chez le dyspeptique, il n'en est pas ainsi, et la résistance abdominale varie presque à l'infini.

Dans un cas, le ventre paraît ballonné, mais il résiste faiblement et se laisse facilement déprimer. Souvent alors le ballonnement prédomine dans la région sus-ombilicale. Parfois, pour peu que la palpation soit prolongée et se transforme en malaxation, on sent l'abdomen s'affaisser et une mollesse franche succède au ballonnement. C'est le ventre de beaucoup de dyspeptiques immédiatement après le repas ou pendant une aggravation momentanée de leurs malaises.

Dans un autre cas, c'est un ballonnement dur et uniformément généralisé à tout l'abdomen, qui est proéminent, fortement tendu, qui résiste à des efforts même énergiques de dépression. C'est un ventre qui sait bien garder son secret et qui est, en général, l'indice d'une dyspepsie ou ancienne ou grave, souvent compliquée de lésions organiques viscérales (foie, péritoine, etc.).

Un troisième malade présente un ventre plat, plus ou moins déprimé même, parfois *creusé en bateau*, suivant l'expression classique; peu de dépressibilité; pas d'élasticité. L'affaissement est surtout accentué au niveau des fosses

iliaques. Ce ventre semble pour ainsi dire vidé de son contenu.

Chez un autre malade, le ventre a conservé sa forme normale à l'inspection; mais, si l'on appuie la main sur la paroi, on est frappé d'une dépressibilité excessive, d'une mollesse vraiment insolite; on le dirait *rempli de duvet*.

Il n'est pas rare de se trouver en présence d'un ventre volumineux, qui s'étale sur les flancs dans le décubitus horizontal et prend la forme dite *en besace* dans la station verticale, ventre mou et d'une fouille facile, constituant une vaste cavité dans laquelle la main perçoit, deci et delà, des reliefs d'organes. On a l'impression d'un contenant disproportionné avec son contenu.

Parlerons-nous enfin de ce ventre plat, étalé dans le décubitus horizontal, dont la paroi sans tonicité propre paraît reposer sur une masse tremblotante, comme gélatineuse, ventre qui devient légèrement globuleux lorsque le malade est debout?

Mais nous devons nous arrêter là, ne pouvant que rappeler les formes les plus nettement différenciées et qui s'offrent le plus souvent à l'observation. Le degré de tension abdominale varie avec chaque malade, avec les diverses périodes de la maladie, etc., et il serait puéril de vouloir, dans un tableau d'ensemble, décrire tous les aspects que peut présenter l'abdomen des dyspeptiques.

Qu'il nous suffise d'avoir établi que, sous des apparences variées, le ventre du dyspeptique est constamment d'une *mollesse caractéristique*, offre toujours une *tension au-dessous de la normale*.

Toutefois, cette simple esquisse clinique est suffisamment suggestive. N'est-il pas admissible déjà, presque *a priori*, que des voies digestives (car il ne saurait être question de paroi abdominale), qui donnent au ventre des formes si variées et même si opposées, ne peuvent être dans un état univoque au point de vue fonctionnel?

N'est-on pas forcé de conclure que la tension abdominale est un élément de différenciation, de *diagnostic* qu'on n'a pas le droit de négliger?

Si nous envisageons cette question sous une autre face, nous allons trouver dans la *Tension abdominale*, l'explication d'une série de faits cliniques.

En voici quelques-uns des plus démonstratifs. 1°— A chaque instant, nous sommes frappé de l'efficacité réelle et surtout immédiate de la sangle chez certains malades : les uns ne pouvaient aller en voiture, descendre un trottoir, etc., sans éprouver de vives douleurs dans les reins ou dans l'abdomen; les autres ne pouvaient se redresser et marchaient courbés en avant; d'autres, enfin, étaient pris d'une lassitude extrême, dès qu'ils avaient fait quelques pas, et obligés de s'asseoir, « les jambes leur manquant ». Or, il n'est pas rare de voir ces différents accidents disparaître instantanément sous l'influence d'une sangle bien faite et bien placée. Tels sont les faits. Il nous paraît absurde de mettre ces *changements à vue* sur le compte du relèvement du coude droit du côlon ou de la fixation du rein dans sa loge. D'ailleurs, dans beaucoup de ces cas, il n'y a ni prolapsus intestinal ni néphroptose, et, quand il y a splanchnoptose, la ceinture reste impuissante à la faire disparaître bien que le malade considère la ceinture comme l'instrument principal de sa guérison. Un malade qui présente de la néphroptose *guérira* sans que les signes physiques de déplacement rénal disparaissent jamais. La sangle ne peut donc agir autrement qu'en augmentant la tension abdominale et en communiquant ainsi aux voies digestives une sorte de *tonicité* d'emprunt qui en assure la fixité et en garantit l'*indépendance fonctionnelle*.

2° — Un des événements qui paraissent le plus évidemment et *a priori* devoir modifier la tension abdominale, c'est certainement la grossesse. Elle fait époque dans la vie pathologique d'une femme : pour l'une, elle a été la source de tous les malaises ; pour l'autre, elle a marqué le début d'une ère de véritable prospérité ; chez une troisième enfin, bienfaisante grossesse, mais accouchement pernicieux.

Voici une malade, de *forte constitution*, qui fait remonter son embonpoint à sa couche. Auparavant, quelques maux d'estomac, auxquels elle attache peu d'importance, de la constipation habituelle, et rien de plus. Avant la grossesse, tempérament résistant, embonpoint normal, grosse mangeuse et sans souci de l'hygiène alimentaire. La grossesse a été *bonne*. Après la couche, développement rapide d'un embonpoint exagéré et surtout accroissement du volume du ventre, apparences d'une santé progressivement florissante. Telle est la filiation pathologique la plus fréquente chez la malade que nous avons en vue.

Jusqu'à la grossesse, la dyspepsie était restée à peu près latente, grâce à une diminution très lente de la tension abdominale : celle-ci, quoique au-dessous de la normale, assurait une péristaltique à peu près suffisante ; de là, une progression et une élaboration des aliments en rapport avec un embonpoint normal. Les rares phénomènes douloureux, tels que crises d'estomac et maux de reins, traduisant une hypotension naissante, avaient même disparu pendant la grossesse, époque de *santé parfaite*, grâce à l'accroissement de tension produit par le développement du globe utérin.

L'accouchement arrive ; une sorte de vide abdominal est brusquement créé.

La paroi susdistendue revient incomplètement sur elle-même ; elle a perdu une notable partie de sa tonicité ; la cavité abdominale se trouve plus ou moins agrandie. En un mot, une nouvelle cause d'hypotension, l'accouchement, s'ajoute du jour au lendemain à celles préexistantes. Que va-t-il en résulter ?

La péristaltique gastro-intestinale, déjà subnormale, va se trouver d'une insuffisance plus grande encore; il y aura accentuation des stases cæcale d'abord, puis gastrique; et, pour lutter contre le brusque accroissement de la *gêne circulatoire*, si je puis m'exprimer ainsi, l'organisme se verra forcé de faire appel aux forces compensatrices qu'il possède. Il s'agit, dans le cas particulier, d'une malade vigoureuse : aussi allons-nous assister à une dilatation gastro-intestinale *compensée*, c'est-à-dire à une augmentation de volume du ventre marchant de pair avec un adiposis croissant et une santé relativement bonne. L'adiposis est le résultat des troubles digestifs propres à cette période de la maladie. On peut dire qu'il a sa place marquée d'avance dans l'évolution de la dyspepsie. Chez les individus fortement constitués, il est l'indice clinique d'une *dyspepsie compensée*. Le laps de temps pendant lequel notre malade va rester grasse et en apparence bien portante peut servir à mesurer la durée de la compensation; il sera variable suivant le degré de force constitutionnelle du sujet d'abord, puis suivant un grand nombre de circonstances, telles que chagrins, maladies aiguës, écarts alimentaires, nouvelles grossesses.

A ce propos, disons qu'il n'est pas rare de voir une grossesse *démolir* ce qu'une précédente a *édifié:* une femme engraisse notablement après sa première couche, et maigrit sans retour après la seconde. La première grossesse, comme nous venons de le montrer, a augmenté l'hypotension; mais la compensation a pu s'établir, donnant à ce moment de la maladie sa caractéristique clinique: exagération de volume du ventre et obésité. La seconde grossesse fait faire à notre malade un pas de plus dans la voie de l'hypotension et rompt l'équilibre dû à une compensation désormais insuffisante, impossible; en d'autres termes, la *gêne circulatoire* se trouve accrue au point d'être supérieure aux forces compensatrices et d'en neutraliser les heureux effets.

La dyspepsie entre dans une troisième phase : le ventre s'affaisse, l'embonpoint disparaît rapidement. A une santé florissante en apparence succèdent un amaigrissement progressif et souvent tous les signes d'un mauvais état général.

Cette compensation, à la faveur de laquelle la santé a pu se maintenir bonne parfois plusieurs années, est ordinairement d'une fragilité toute spéciale. Il faut, pour l'annihiler, moins qu'une grossesse arrivée à terme : nous avons vu une fausse couche à trois mois en avoir raison. Il est également fréquent d'observer, comme causes occasionnelles de cette *asystolie digestive*, une simple purgation saline ou une maladie infectieuse bénigne, comme l'influenza. Elles sont nombreuses, les malades qui racontent qu'elles « ne se sont jamais relevées » de l'influenza de 1890, alors qu'avant cette maladie leurs troubles digestifs étaient supportables et leur laissaient beaucoup de « bons moments ». Cette susceptibilité bien caractéristique, en vertu de laquelle une femme *grasse*, au *ventre volumineux*, peut très rapidement et sous l'influence d'une cause insignifiante maigrir et voir son ventre s'affaisser, a pour nous une signification clinique des plus nettes : elle prouve l'existence d'une *hypotension sans cesse croissante*, masquée par une compensation dont les efforts s'épuisent parallèlement. Et, suivant que cet épuisement sera plus ou moins avancé, nous verrons la malade succomber ou triompher en face d'un ou de plusieurs des facteurs de l'hypotension abdominale.

Chez la femme de *complexion faible*, dyspeptique déjà ancienne, les effets de la grossesse et de l'accouchement peuvent tenir dans la proposition suivante : relèvement de l'état général, qui devient franchement bon, et disparition de tous les symptômes subjectifs de dyspepsie *pendant la durée de la grossesse ; après l'accouchement*, début d'une déchéance digestive qui ne finit le plus souvent qu'avec la vie de la malade. Les exemples, qui justifient cette formule générale, sont de

tous les jours, si l'on sait démasquer et reconnaître la véritable cause de tant de maladies dites incurables, la dyspepsie! Les deux phases, par lesquelles passe notre malade de constitution débile, sont faciles à interpréter: pendant la grossesse, accroissement de la tension abdominale et régularisation relative des fonctions digestives; après l'accouchement, brusque hypotension que la débilité native de la musculature gastro-intestinale ne peut compenser; d'où affaissement du ventre et création d'un état pathologique plus ou moins complexe, *toujours* symptomatique d'une impuissance de la péristaltique digestive.

C'est ici le lieu de rappeler le propos qu'on trouve dans la bouche de tant de femmes malades : « Je ne me suis jamais aussi bien portée que pendant ma ou mes grossesses. » N'est-ce pas cette influence, heureuse, *immédiate* de la grossesse sur la santé de la femme, qui fait conseiller le mariage aux jeunes filles névropathes par beaucoup de médecins, conseil dangereux s'il n'est complété de la façon suivante : la santé sera meilleure pendant la grossesse, mais ne se maintiendra bonne après les couches que grâce à un traitement rationnel s'efforçant de continuer à la malade les bienfaits de la grossesse, c'est-à-dire visant l'augmentation de la tension abdominale [1].

3°—L'obésité consécutive à la grossesse nous amène à parler de l'engraissement qui survient, à un moment donné, chez une certaine catégorie de dyspeptiques: les deux cas ont une même signification clinique. Sous l'influence ou de l'abandon de tout traitement pharmaceutique ou d'un changement de vie (le malade passant de la vie active à la vie sédentaire) ou encore de modifications dans le régime alimentaire, on voit

[1] Nous trouvons dans nos notes un petit fait intéressant au point de vue qui nous occupe: une vieille constipée a l'habitude de résister au besoin d'uriner afin d'aller à la selle plus facilement. Ce moyen lui réussit presque toujours. Le globe vésical joue ici un rôle analogue à celui du globe utérin.

l'embonpoint se développer, le ventre augmenter de volume et en même temps la dyspepsie changer d'allure : les douleurs abdominales s'apaisent, la digestion est moins laborieuse ; en revanche, l'état général s'altère, le malade devient soit rhumatisant, soit asthmatique, soit névropathe. C'est une transformation et non une guérison ; il n'y a même pas d'amélioration proprement dite, malgré le contentement relatif du malade, de son entourage et souvent du médecin à la vue de cet embonpoint inespéré. La cause occasionnelle, qui a été le point de départ de cette évolution nouvelle, n'a pas agi autrement qu'en créant les conditions favorables à l'établissement de la compensation, c'est-à-dire en ralentissant la diminution de la tension abdominale. Comme chez la femme qui vient d'accoucher, la maladie évolue suivant un mode clinique spécial, caractérisé par l'engraissement et la neutralisation relative de l'insuffisance de la péristaltique digestive ; comme chez elle encore, cet engraissement sent son origine : le malade reste d'une fragilité de plus en plus grande et son embonpoint, très souvent variable sous des influences minimes, est susceptible de disparaître rapidement pour les causes déjà citées, purgations un peu violentes ou répétées, maladies aiguës, soucis. Notons que la fragilité de l'embonpoint est sensiblement moindre chez l'homme que chez la femme, la vie sociale, l'hygiène et surtout la constitution anatomique de l'homme le mettant à l'abri d'un grand nombre des facteurs de l'hypotension abdominale.

Quoi qu'il en soit, si l'on étudie soigneusement les malades auxquels nous venons de faire allusion et qu'on les suive attentivement dans les diverses étapes de leur maladie, on pourra se convaincre, comme nous, que c'est dans les modifications de la tension abdominale que le clinicien doit chercher l'*ultima ratio* de phénomènes jusqu'à présent obscurs, négligés et même d'aspect mystérieux.

3°—Dans les crises gastralgiques, si fréquentes chez les jeunes

filles, il est aisé de pressentir le rôle de la tension abdominale si l'on veut se souvenir de deux faits : les femmes se débarrassent peu à peu de leurs crises d'estomac à mesure qu'elles engraissent, c'est-à-dire à mesure que les masses adipeuses déposées à la périphérie du tube digestif modifient la tension abdominale [1]; en second lieu, un moyen presque infaillible de diminuer et souvent de faire disparaître des crises d'estomac au début, c'est d'appliquer à la malade une bonne sangle hypogastrique, c'est-à-dire d'augmenter artificiellement la tension abdominale. Les crises d'estomac exigent de plus longs détails que nous donnerons dans le chapitre suivant; il nous suffira, pour le moment, d'avoir mis en évidence le rôle de la tension abdominale dans la genèse de ce spasme douloureux.

5° — Un fait en apparence paradoxal, c'est l'existence de certains malades qui ne sont relativement bien que pendant les jours de constipation. Une évacuation non diarrhéique, spontanée ou presque spontanée, c'est-à-dire une exonération pure et simple de l'intestin sans réaction ni catarrhale ni inflammatoire des voies digestives, entraîne chaque fois un retour des malaises habituels. « Moins je vais, mieux je suis, » nous disait un malade. Généralement il s'agit de vieux dyspeptiques, à faible tension abdominale. Comment comprendre que la réplétion du côlon devienne ici une condition favorable à la digestion, alors que dans la majorité des cas l'influence pernicieuse en est manifeste ?

Nous ferons remarquer que cette exonération plus ou moins passive ne diminue en rien l'obstacle cæcal; en d'autres termes, le fonctionnement du côlon est toujours négligeable, presque nul, et ce qui paraît une défécation normale n'est en réalité que l'issue du trop-plein. Or ce trop-plein par sa masse

[1] Rien n'est banal, dans l'interrogatoire d'une femme, comme d'entendre cette phrase : « Etant jeune fille, j'ai eu des crises d'estomac; après mes couches, j'ai engraissé et mes crises ont disparu. »

contribuait à augmenter la tension abdominale, dans une faible mesure, il est vrai, mais cependant d'une manière suffisante pour les besoins, pendant un temps donné, d'une digestion très imparfaite. Toutefois la diminution de tension abdominale ne nous paraît pas seule en cause : l'effort nécessité par l'expulsion du bol fécal est évidemment une cause de trouble pour une statique gastro-intestinale en état d'équilibre instable.

Cette influence heureuse de la constipation ne manque pas d'intérêt ; c'est un de ces exemples curieux où l'on voit la maladie fournir elle-même à l'organisme des armes pour la combattre. A un autre point de vue, il se dégage de ce petit fait clinique un enseignement philosophique que nous nous empressons de souligner : l'obstacle cæcal, que la clinique nous a appris à considérer comme le point de départ de toute dislocation abdominale, n'est en réalité, si l'on va au fond des choses, que le premier signe physique d'un état pathologique plus général et préexistant, l'*atonie absolue ou relative du tube digestif tout entier*. Cette considération donnera, nous l'espérons, à nos idées théoriques un sens plus large et leur enlèvera, en partie tout au moins, ce caractère absolu, imposé par les nécessités de l'exposition et qui n'est pas dans notre pensée.

6° — Quelques exemples typiques vont nous permettre enfin de saisir les modifications de la tension abdominale correspondant à l'état de *vacuité* ou de *réplétion*, par les aliments, de la cavité digestive.

Une de nos dyspeptiques, jeune femme de trente ans, de complexion faible, est rapidement améliorée par le traitement que nous lui avons conseillé. Six mois se passent dans un état de santé excellente. Se croyant définitivement rétablie, elle reprend ses habitudes de travail aux champs et abandonne son régime.

Au bout de quelques semaines, une véritable rechute survient ; nous conseillons à la malade le séjour au lit à cause de sa grande

faiblesse, puis un régime très rigoureux. Au bout d'un mois, sensiblement améliorée, elle nous dépeint sa situation de la façon suivante :

Au lit *état parfait*.

Aussitôt *levée*, elle est prise d'une *grande faiblesse générale*, qui persiste toute la matinée. Le petit déjeuner donne de l'*écœurement* avec régurgitations aqueuses et de la *douleur au creux de l'estomac*.

Ces malaises surviennent une heure environ après ce léger repas.

A onze heures, besoin de prendre, tiraillements d'estomac et *augmentation de la faiblesse générale*.

Le dîner de midi augmente *notablement et immédiatement les forces et fait disparaître le mal d'estomac*, qui ne revient que vers quatre ou cinq heures en même temps que le besoin de prendre et les tiraillements. Tous ces malaises sont moins accentués qu'à onze heures. *L'après-dîner est meilleur que la matinée.*

Le souper calme tout. Après souper, ni faiblesse générale ni maux d'estomac. Nuits bonnes.

L'aliment, *par sa masse et comme cause d'appel de l'afflux sanguin vers l'organe digestif*, augmente la tension abdominale ; celle-ci croît à chaque repas, tellement que, le soir, tous les malaises sont calmés. Est-il une façon plus exacte et plus saisissante de se rendre compte des faits?

Autre exemple d'atonie gastro-intestinale pure chez un de nos malades qui avait vu disparaître successivement tous ses malaises et nous fit, à un moment donné, le tableau suivant de sa journée :

« Vers dix heures du matin, je sens mes forces diminuer, je cesse mon travail et je me repose étendu jusqu'à midi. Je dîne d'un plat de viande, d'un plat de légumes et d'un dessert. Je me sens *réconforté* et je peux travailler jusqu'à cinq heures ; à ce moment apparaît de nouveau la faiblesse, moindre toutefois que le matin. Parfois, je ne me repose pas de dix heures à midi : la faiblesse du soir apparaît alors vers deux ou trois heures de

l'après-midi. A cinq heures, de nouveau repos étendu. A six heures souper avec un potage et deux œufs. La veillée est bonne. Je fais une bonne promenade, puis je me couche et dors d'un sommeil parfait jusqu'au matin. »

L'accroissement de tension abdominale, produit par le contact des aliments avec la muqueuse digestive, est aussi manifeste dans ce cas que dans le précédent : il nous paraît superflu d'insister.

Terminons par un fait plus curieux et aussi caractéristique :

La femme d'un de nos dyspeptiques nous raconte que son mari ne cesse de se lamenter ou plutôt se lamente tous les jours de dix heures à midi et de quatre heures à six heures. A ces deux moments de la journée, il fatigue son entourage de ses plaintes, il se montre désespéré et répète constamment qu'il est perdu. Après le repas, changement à vue : il reprend de l'espoir, paraît content et accepte avec joie le « fardeau de la vie ». Au moment de ces découragements, il manifeste une envie « bestiale » de manger, et, dès qu'il est à table, il avalerait un gigot tout entier si on le laissait faire.

En négligeant la pathologie, n'est-il pas de notion vulgaire qu'un bon dîner engendre la bonne humeur ? « Ventre plein » est synonyme de satisfaction. Ces oscillations du tonus psychique sont parallèles à celles du tonus abdominal et, à notre avis, en dépendent étroitement. Inutile de montrer l'illogisme qu'il y aurait à faire intervenir, dans des cas semblables, l'absorption et la rénovation des éléments organiques au contact des produits de la digestion.

Quelques vues physiologiques, inspirées par l'étude de la tension abdominale, vont terminer ce chapitre et servir à fixer les idées sur la mécanique normale de la digestion.

Un repas est introduit ; le sang afflue vers l'estomac, la température intragastrique s'élève, les gaz se dilatent, les

glandes sécrètent leurs produits, la tension gastrique est à son maximum. C'est alors que le myogastre, excité de toutes façons, entre en contraction pour malaxer d'abord, puis chasser son contenu par fractions successives dans le duodénum. Mais cette excitation de l'estomac par l'aliment se propage rapidement aux deux autres segments du tube digestif, grêle et côlon, dont l'éréthisme fonctionnel est, à notre avis, contemporain, pour ainsi dire, de celui de l'estomac. Les selles qui surviennent régulièrement *après* le repas chez certains individus gros mangeurs ou chez des malades atteints de diarrhée par catarrhe du côlon, la première selle du matin survenant généralement après le petit déjeuner : tels sont quelques faits vulgaires, choisis parmi beaucoup d'autres, qui témoignent en particulier de la simultanéité des fonctions de l'estomac et du côlon. En définitive, le contact de l'*aliment* avec un point quelconque du tube digestif, fût-ce seulement avec la muqueuse linguale, a une répercussion sur l'appareil tout entier et sollicite la mise en activité de ses multiples fonctions. Le moment, qui suit l'ingestion d'un repas, correspond donc à l'apogée de la tension abdominale ; et celle-ci est à son maximum vraisemblablement pendant la première moitié d'une phase digestive ; c'est aussi le moment de vrai bien-être, où l'homme se sent « réconforté » et en pleine possession des forces de son organisme. De l'estomac s'étendent et se généralisent sur tout l'appareil gastro-intestinal les phénomènes de réaction fonctionnelle, tels qu'afflux du sang à la muqueuse, élévation de la température, dilatation des gaz, sécrétions glandulaires et contractions péristaltiques. La fonction du côlon est de *faire progresser* les résidus qui proviennent des repas précédents, l'acte de la défécation étant sous la dépendance directe du rectum. Celui-ci est un réservoir qui se vide quand il est plein et par le seul stimulant de son contenu ; d'où, dans les conditions physiologiques, sa décharge le matin des résidus des repas faits la veille. Le

rectum participe évidemment aux fonctions du côlon dont il n'est que le prolongement, mais il garde une certaine autonomie qu'il convient de signaler.

Dès que la première moitié de la phase digestive est accomplie, la tension abdominale va en décroissant jusqu'au moment (trois, quatre, cinq heures après le repas ; ce temps est variable suivant la vigueur du sujet, la nature et l'importance du repas) où l'éréthisme fonctionnel s'éteint, les gaz se condensent et les tuniques musculaires subissent le retrait physiologique, la tension gazeuse restant toujours suffisante pour maintenir la tonicité du canal alimentaire et empêcher l'affaissement de ses parois. C'est alors le *vide physiologique*, auquel correspond la sensation agréable de la *faim*. La tension abdominale, à ce moment, est à son minimum et l'état cénesthésique est celui d'une sorte d'amoindrissement de l'organisme.

CHAPITRE III

Deux segments du tube digestif exigent un complément d'étude, ce sont le côlon et l'estomac, que nous envisagerons au double point de vue de l'état statique et des troubles fonctionnels.

I

COLON

Auparavant, il nous paraît utile de revenir un instant sur nos pas. Nous avons vu que l'évolution de la tension abdominale est différente suivant que l'on a affaire à l'une ou à l'autre des deux classes de malades que nous avons admises, les Forts et les Faibles. Les Forts jouissent du privilège de la compensation, grâce à l'hypertrophie des tuniques musculaires de leur tube digestif ; de là, les phases bien tranchées par lesquelles passe la tonicité gastro-intestinale avant l'épuisement. Chez les Faibles, au contraire, la compensation ne peut s'établir que d'une façon passagère, irrégulière, incomplète, les tuniques musculaires étant incapables de l'effort continu qui en est la condition essentielle ; d'où, une insuffisance de tonicité réalisée en quelque sorte

d'emblée, en tous cas l'état perpétuellement oscillant d'une tension abdominale notablement diminuée. Ces considérations sont déjà propres à justifier notre groupement clinique. Les développements dans lesquels nous allons entrer vont confirmer encore la nécessité de diviser les malades en ces deux grandes classes naturelles : les Forts et les Faibles.

Le côlon chez les forts. — Ces malades ne se plaignent pas de la constipation, et, si on insiste sur ce point, ils nous apprennent au contraire qu'ils ont très souvent deux selles par jour. Cependant, la palpation abdominale révèle tous les signes de la stase cæcale : boudin volumineux, parfois masse énorme, dure, bosselée, de forme irrégulière, ou gonflement et dilatation du cæcum avec gargouillements, surtout quand les selles sont diarrhéiques, ou zone d'empâtement diffus sur le trajet du côlon ascendant et même du transverse; enfin, parfois, à cause de certaines difficultés d'examen (épaisseur de la paroi, excitabilité réflexe exagérée de cette même paroi, ballonnement du ventre), la main est impuissante à percevoir rien de net au niveau du cæcum et du côlon ascendant, mais elle peut sentir le côlon descendant sous forme de cordon rétréci et douloureux. Une douleur au niveau du cæcum fait souvent le pendant de celle que fait naître le ressaut du cordon sigmoïdal. En résumé, l'examen objectif révèle généralement de gros signes de stase cæcale, et, quand ceux-ci sont absents, il faut chercher encore, et on découvrira les petits signes, qui sont d'une appréciation plus difficile, mais ne laissent toutefois aucun doute dans l'esprit du clinicien rompu à la palpation abdominale : zones de ballonnement exagéré, crépitations, gargouillements, douleurs, inégalités de tension abdominale, etc. L'étude approfondie des anamnestiques, de l'état actuel concorde d'ailleurs avec la présence de tous ces petits signes et en indique clairement la signification. On devra se tenir en garde contre une cause d'erreur assez fré-

quente : le malade s'est purgé la veille ou l'avant-veille de l'examen et se présente alors avec un ventre ballonné, hypotendu, sans signe précis de stase cæcale. On trouve encore dans l'action éventuelle des purgations un enseignement précieux. Certains malades racontent qu'une purgation ordinaire a amené un nombre surprenant de garde-robes (dix-huit, trente, quarante dans la même journée), comprenant non seulement des liquides, mais encore beaucoup de matières solides. Cette débâcle monstrueuse s'explique par une insuffisance ordinaire des fonctions du côlon et une accumulation considérable de matières résiduales à l'intérieur de sa cavité.

Et, cependant, comme nous le disions, le malade affirme aller à la selle tous les jours, même plusieurs fois par jour. Comment expliquer la stase cæcale, dont les signes physiques ne sont pas douteux ? Nous admettons une véritable défécation par regorgement, que l'exemple suivant va faire comprendre. Voici un jeune homme vigoureux, bien portant, qu'une fortune convenable met à l'abri des luttes de la vie. Exempt de soucis, de préoccupations, sans travail sérieux et régulier, constamment en face d'une bonne table, notre jeune homme va se laisser aller inconsciemment sur la pente de la suralimentation. A un moment donné, la force de son tube digestif, quelque grande qu'elle soit, sera vaincue par la surcharge chaque jour répétée, et c'est au niveau du segment inférieur que la faiblesse et l'insuffisance éclateront de prime abord, pour envahir progressivement et de bas en haut le tube digestif tout entier. En fin de compte, le côlon se trouve un jour avec une charge au-dessus de ses forces ; il ne peut expulser qu'une portion de son contenu. Le lendemain, nouvel excès dans la quantité des aliments, fonction excrétoire plus insuffisante encore, et addition d'une nouvelle masse de matières fécales aux résidus de la veille, de telle sorte qu'il arrive un moment où la stase cæcale est considérable, malgré la régularité apparente des garde-robes. Celles-ci sont même

volumineuses, ce qui s'explique d'autant mieux que l'appétit s'exagère et croît à mesure que la dilatation avec hypertrophie se réalise. Dilatation du canal alimentaire, exagération de l'appétit, stase cæcale, tels sont les trois phénomènes essentiels qui marquent la première étape pathologique du gros mangeur. La stase cæcale s'accroît encore par affaiblissement de la tonicité du côlon obligé d'accomplir chaque jour un travail au-dessus de ses forces. Nous n'insisterons pas sur les phénomènes réactionnels, d'ordre circulatoire, nerveux, sécrétoire, qui sont consécutifs à la surcharge et en aggravent encore les effets, en troublant la vitalité des parois intestinales.

Le premier signe apparent de l'insuffisance du côlon, c'est la multiplicité des selles, celles-ci traduisant le besoin qu'a le côlon d'une addition de stimulant : c'est ainsi qu'en outre de la selle du matin notre malade aura une évacuation sous l'influence excitante du repas de midi ou plus souvent du repas du soir. Pour conclure, il nous paraît logique d'admettre que, dans cette pseudo-régularité des fonctions intestinales, la masse accumulée a une part au moins aussi grande que les contractions effectives des tuniques musculaires ; nous avons donc affaire à *une défécation par regorgement*.

Cette défécation par regorgement, ignorée jusqu'à présent, résout très simplement la contradiction signalée il y a un instant : les signes de stase intestinale constatés chez un malade qui non seulement n'est pas un constipé, mais qui a des selles multiples chaque jour. Il s'agit de cette constipation latente avec laquelle le praticien doit se familiariser et qu'il doit apprendre à dépister sous peine, nous l'affirmons, de ne rien comprendre, à l'examen de certains malades. Les assertions du malade perdent une grande partie de leur valeur séméiologique au profit de l'examen objectif qui seul est capable de fournir les signes de certitude. Toutefois, dans la pratique, les voies sont nombreuses qui mènent à la connais-

sance exacte et rapide de la réalité des choses. Un exemple, entre autres, mérite d'être cité. On rencontre assez fréquemment de gros mangeurs qui, après avoir raconté qu'ils ont plusieurs selles par jour, s'empressent d'ajouter : « Mais, docteur, c'est bien naturel ; car je mange beaucoup. » Nous avons coutume de leur répondre : « Oui, votre observation est très juste ; mais, pour que la santé soit parfaite, il faut que le gros intestin ne fonctionne qu'une seule fois par jour, se débarrasse complètement de son contenu dans cette seule évacuation ; et, pour obtenir ce résultat, le moyen, vous venez de l'indiquer, consistera à manger moins, à diminuer un peu la *quantité* de vos aliments, de manière à obtenir la masse de résidus représentée par une selle normale. » Le malade est ordinairement convaincu par ce petit raisonnement qui cadre bien avec sa façon de penser. Il diminue d'un tiers, par exemple, la quantité de ses aliments ou plutôt se soumet à la ration alimentaire que nous fixons nous-même en nous inspirant d'abord de l'état de son tube digestif, de l'ancienneté de sa suralimentation, des exigences de sa vie professionnelle, etc. Au bout de quelques semaines, le malade nous apprend avec étonnement que maintenant *il ne peut plus aller à la selle tous les jours*, bien que la diminution dans la quantité de ses aliments ait été, d'ailleurs, bien tolérée. C'est alors notre triomphe : « Votre gros intestin, prétendiez-vous, fonctionnait admirablement : grande quantité, grande variété de nourriture et deux ou trois selles par jour. Vous trouviez cela parfait. Nous diminuons un peu la quantité des aliments et d'autant par conséquent le travail à fournir de la part de l'intestin, et voilà que celui-ci nous révèle sa paresse et se montre incapable d'un effort normal régulier, quotidien. La multiplicité de vos selles ne dépendait donc pas seulement de cet organe, mais surtout d'une issue en quelque sorte passive, par simple *regorgement.* »

La défécation par regorgement est une habitude fonction-

nelle du côlon, qu'on observe communément chez les Forts, particulièrement chez les gros mangeurs. Une masse énorme d'aliments est constamment en circulation dans le canal alimentaire sans amener de douleur par tiraillements à cause de la vigueur, de la solidité de l'appareil ligamenteux, sans produire même, si ce n'est à longue échéance, des signes d'intolérance; une dilatation progressive de la cavité digestive tout entière, appréciable surtout au niveau du cæcum et de l'estomac, est le seul effet de ce surmenage et de cette surcharge. En apparence, les fonctions du côlon semblent donc normales.

La palpation abdominale nous démontre catégoriquement que ce sont là des apparences mensongères; c'est dans cette pratique seulement que le médecin trouvera la certitude. L'épreuve de la réduction des aliments achèvera de le convaincre; c'est à ce titre que nous avons jugé à propos de la faire connaître, telle qu'elle nous est apparue au début de notre pratique.

A une époque plus avancée de la maladie, alors que s'épuisent les bienfaits de la compensation, il est fréquent d'observer des débâcles diarrhéiques survenant à peu près régulièrement tous les cinq, six ou huit jours, dans l'intervalle desquelles s'installe une constipation absolue. Le médecin doit connaître cette phase de la maladie : car l'examen abdominal, pratiqué le jour ou le lendemain de la débâcle, ne donne pas les gros signes de stase cæcale; le ventre est mou, le cæcum est affaissé ou le plus souvent légèrement gonflé, et la palpation décèle un gargouillement dans la fosse iliaque droite; le reste du côlon apparaît atélectasié, vide d'air et de matières, surtout dans sa portion descendante dont les parois accolées glissent l'une sur l'autre en donnant lieu à quelques crépitations.

Un état enfin digne d'être connu, c'est l'état de diarrhée permanente, durant depuis plusieurs mois, souvent depuis plusieurs années. Cette diarrhée peut survenir à une phase

quelconque de la maladie ; nous la croyons plus fréquente à la phase ultime. A l'examen objectif, on a généralement un ballonnement assez accusé ; la percussion donne une sonorité basse et sensiblement uniforme sur toute la surface de l'abdomen ; les divers segments du tube digestif semblent avoir leurs limites confondues ; le cæcum en particulier et le côlon descendant lui-même ont perdu toute espèce de relief ; la palpation ne peut déceler sur le trajet du côlon autre chose que des « râles gargouillants », si je puis m'exprimer ainsi. Sous l'influence d'une hygiène alimentaire convenable, la constipation ne tarde pas à apparaître avec ses signes : boudin cæcal, côlon rétréci et masses scybaliques disséminées sur son trajet, particulièrement au niveau du côlon descendant qui prend un aspect moniliforme.

C'est ainsi que, dans ce cas, comme dans tous les autres d'ailleurs, le rétrécissement du côlon perd toute signification énigmatique. A l'état physiologique, le côlon ne forme aucun relief, se confond avec le reste de la masse gastro-intestinale ; la circulation des gaz se fait parallèlement à celle des contenta solides ou liquides, et la main qui palpe la région correspondante n'a d'autre sensation que celle que peut donner une cavité à parois élastiques tendues par un contenu gazeux. Qu'un ralentissement du péristaltisme se produise, les masses solides et liquides vont s'accumuler dans le point le plus déclive, le cæcum ; la circulation des gaz sera interrompue dans ce point ; ils se raréfieront plus bas, toutes les réactions fonctionnelles du côlon étant troublées. En définitive, on verra l'intestin au point de stase se coller aux matières fécales, dont la quantité en réglera le calibre ; et, dans les points vides de matières, subir une rétraction progressive, une diminution de calibre jusqu'à l'adossement des parois ; d'où l'aspect en boudin du cæcum et en cordon ou corde du reste du côlon.

Une dernière catégorie de malades a encore attiré notre

attention et mérite d'être étudiée. Comme la généralité des Forts, auxquels ils appartiennent du reste, ces malades affirment qu'ils ont une selle quotidienne. En serrant l'interrogatoire de plus près, on obtient l'aveu que, de loin en loin, ils restent un jour sans aller; et c'est tout. Souvent l'examen objectif semble de prime abord confirmer leur dire, en se montrant à peu près négatif. Il faut pousser l'analyse plus loin et l'on apprend ce qui suit: le besoin d'aller est impérieux; il demande à être satisfait sur-le-champ ou il disparaît pour la journée, il faut attendre jusqu'au lendemain matin. Ce besoin se montre tous les jours à la même heure, avec une précision mathématique. Les selles sont volumineuses, représentent le double ou le triple du calibre normal du côlon et se montrent parfois composées de petites masses juxtaposées, ce qui leur donne un aspect lobulé: « Mes selles ressemblent à des rognons de veau, » nous disait un malade. L'évacuation se fait en une seule fois, souvent sans effort; les matières tombent comme une masse pesante, sans que le sujet ait conscience d'un effort utile, d'une contraction intestinale véritable.

En outre, un examen objectif [1] plus approfondi, une palpation abdominale plus patiente vont nous révéler un rétrécissement du côlon descendant en même temps qu'un affaissement du côlon ascendant, toujours plus ou moins empâté. Ces signes physiques, rapprochés des renseignements recueillis sur les caractères des selles, nous portent à croire que le cheminement des résidus alimentaires dans le côlon s'accomplit d'une façon irrégulière et par fragments de volume variable; tous ces fragments s'amassent et se juxtaposent dans le rectum pour former une masse qui tombe plutôt qu'elle n'est expulsée hors de l'ampoule rectale, chaque jour, à la même

[1] Les ventres qui *souffrent* sont d'un examen fort difficile : la paroi se raidit sous la main. C'est le cas de quelques-uns de ces malades qui, en raison de l'ancienneté de la maladie, ont un tube digestif irrité, congestionné, enflammé même, et toujours en voie de dislocation plus ou moins avancée.

heure, sous l'influence d'une excitation quelconque elle-même régulière. Cette régularité n'est que momentanée, et il est important de savoir qu'elle correspond à une des phases pathologiques par lesquelles passe le gros intestin. Si en effet on suit le malade, pendant quelques mois au moins, on ne tarde pas à voir apparaître la vraie constipation, d'une manière transitoire d'abord, puis définitive : transitoire, pour un motif insignifiant, voyage, changement de régime, etc. ; définitive, par l'évolution naturelle de la maladie.

Cette pseudo-régularité des selles méritait d'être démasquée et son caractère évolutif d'être bien souligné. C'est précisément parce que, de prime abord, elle nous parut correspondre à un moment de l'évolution de la maladie qu'elle attira notre attention et que, l'ayant étudiée, nous fûmes obligé d'en faire encore une des formes de l'insuffisance réelle des fonctions intestinales. Notons enfin que les hémorrhoïdes sont presque la règle chez ces malades, fait incompatible avec l'intégrité fonctionnelle du côlon et capable à lui seul de jeter le doute sur les affirmations de malades prétendant jouir de fonctions intestinales parfaites.

Pour terminer ce qui a trait aux fonctions intestinales des dyspeptiques forts, il nous reste à en résumer l'évolution depuis le début des troubles de la mécanique digestive jusqu'à la période d'atonie extrême. On peut considérer trois étapes successives :

1° Pseudo-régularité, constipation latente, défécation par regorgement : aucun malaise n'attire l'attention du malade, pas plus que du médecin, sur les fonctions du côlon, qui sont silencieuses comme si elles s'accomplissaient normalement. A ce moment, l'examen objectif du côlon, aidé au besoin de l'épreuve de la réduction des aliments, montrera l'insuffisance relative du rôle excréteur du gros intestin ;

2° La multiplicité quotidienne des garde-robes, leur mollesse caractéristique : tels sont les deux signes apparents de plus

grande faiblesse intestinale. Parfois ce sont des crises diarrhéiques qui se reproduisent au moindre écart de régime, à la moindre fatigue, sous l'influence d'un léger refroidissement, et suggèrent au malade le port d'une ceinture de flanelle pour prévenir des accidents imputables « à une délicatesse particulière des entrailles » ;

3° Enfin, l'épuisement de la tonicité digestive, qui est plus ou moins rapide suivant la constitution du malade, marque l'avènement ou d'une opiniâtre constipation que les laxatifs ne font qu'exagérer, ou de phénomènes d'entérite avec diarrhée rebelle, à rechutes, que la constipation remplace parfois de temps en temps, au détriment d'ailleurs de la digestion, plus lente et plus pénible avec la constipation qu'avec la diarrhée.

Comme conclusion générale de tous ces développements, nous tenons à souligner le caractère peu bruyant, souvent même silencieux, des nombreux troubles fonctionnels dont le côlon de l'individu fort est le siège. Là sans doute est le motif de l'ignorance dans laquelle ils ont été tenus jusqu'à ce jour; là aussi sera la difficulté qui empêchera le praticien de se familiariser promptement avec tous les faits que nous venons de relater.

Le côlon chez les faibles. — Bien différente, à ce point de vue, est la classe de malades qu'il nous reste à étudier. Les Faibles se disent constipés et souffrent du ventre. La palpation abdominale révèle un boudin cæcal de calibre plutôt petit, dur, allongé, roulant sous les doigts; un cordon plus ou moins sinueux et bosselé tient lieu de côlon descendant et souvent le côlon transverse se présente comme une corde molle et flottante. Les selles sont rares, sèches, dures, sous forme d'olives ou de noix; l'expulsion en est pénible et lente. Les faux besoins sont fréquents. Il n'est pas rare de voir des malades qui restent huit, dix, quinze jours sans aller à la selle, et l'exa-

men objectif ne révèle pas autre chose chez eux que le petit boudin cæcal dont nous venons de parler. Ce phénomène étrange trouve son explication, la plus plausible à nos yeux, dans la sécheresse et l'extrême condensation de ces résidus. Ces malades sont amis des laxatifs végétaux (podophylle, rhubarbe, aloès) dont l'effet spasmodique vient accroître le rétrécissement du côlon : dans la pratique, il faut donc penser à l'abus des laxatifs végétaux toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un côlon uniformément rétréci et tendu. L'emploi des laxatifs salins rompt le spasme du côlon, en atténue le rétrécissement et transforme le boudin cæcal en une sorte de boule molle, gonflée et gargouillante, qu'on a pour ainsi dire dans la main et qu'on peut mobiliser très aisément. Cette boule disparaît sous l'action d'une légère malaxation qui fait filer ailleurs gaz et liquides. On trouve cet état de l'intestin, et en particulier du cæcum, chez certains malades à diarrhée facile, en dehors de toute intervention des laxatifs salins.

C'est ainsi que se présente le côlon à la phase confirmée de la maladie chez la plupart des dyspeptiques faibles, chez la femme en particulier. En traitant des causes de la dyspepsie, nous montrerons que la femme présente une organisation qui appelle en quelque sorte toutes les causes d'épuisement d'une tonicité digestive, déjà débile anatomiquement : la grossesse, la menstruation, la vie sédentaire, l'irritabilité nerveuse viennent s'ajouter à l'hérédité pour ranger la femme dans la catégorie des Faibles. Aussi, il est bien peu de femmes, de jeunes filles même, qui ne s'avouent constipées ! Chez toutes, l'angustie du côlon, à des degrés variables, avec des caractères secondaires propres à chaque cas particulier, se présente avec les signes de l'évidence; la palpation abdominale, en raison de l'hypotension ordinairement très accusée, est d'ailleurs dépourvue de difficulté chez la majorité des femmes. Ce caractère de généralité, que présente la constipation chez la

femme, est tel qu'il n'est point exceptionnel d'observer la rareté des garde-robes même chez celles qui sont douées d'une vigoureuse constitution et doivent être rangées dans la catégorie des Forts. La compensation, chez de telles malades, est le plus souvent instable, fragile, en tous cas incomplète, puisqu'elle ne s'est pas étendue au segment inférieur du tube digestif, au còlon.

Chez beaucoup de malades, l'approche des règles se signale par une facilité plus grande des garde-robes. Cet heureux effet se maintient pendant la période menstruelle ; après celle-ci, la constipation réapparaît aussi marquée qu'avant. Chez quelques malades, plus sérieusement atteintes, la menstruation ne fait qu'aggraver, au contraire, la parésie intestinale.

Le début de la grossesse est généralement indiqué par une recrudescence de la constipation ; puis, après le troisième ou le quatrième mois, la grossesse exerce sur l'intestin et sur le reste du tube digestif l'heureuse influence déjà signalée. Il est remarquable que, en l'absence de tout traitement hygiénique, le laps de temps correspondant à l'aggravation de la constipation s'accroît à chaque grossesse, de telle sorte qu'à un moment donné la grossesse a encore un effet favorisant sur la digestion et l'état général, quoiqu'elle ait perdu déjà toute influence sur les fonctions propres du gros intestin et laisse persister la constipation.

Au point de vue évolutif, la constipation chez le Faible est de prime abord oscillante : elle va et vient ; un changement de vie ou de climat peut amener de longues périodes de selles régulières ou presques régulières ; puis une constipation absolue se réinstalle sans cause apparente, parfois sous une influence saisonnière, le froid excessif par exemple. Enfin, après un laps de temps dont la longueur est subordonnée à la vigueur constitutionnelle du sujet, à l'hygiène observée, etc., c'est l'insuffisance colique permanente : plus d'évacuation spontanée, sans laxatif ou sans lavement. A un âge avancé, le malade est

entraîné à de véritables extravagances de vie pour amener l'issue, toujours extrêmement lente, de quelques fragments de matières durcies ; les uns prennent un ou plusieurs lavements par jour, « pour pouvoir manger » ; les autres avalent des mélanges invraisemblables, qu'ils croient favorables à leurs fonctions intestinales ; d'autres sont réduits à la nécessité d'aller chercher avec la main leurs excréments ; d'autres prennent sur le siège des attitudes et se livrent à une gymnastique qui défient toute description. Les matières sortent toujours sous la forme de noix, de noisettes, d'olives recouvertes d'un voile blanchâtre, accompagnées de glaires, parfois de longs filaments plats, gris jaunâtre, que les malades recueillent soigneusement et soumettent à notre examen, croyant avoir affaire à un tænia.

C'est ici le lieu de signaler un type évolutif des fonctions intestinales, intermédiaire aux types notés chez le Fort et chez le Faible. On se trouve en présence d'un malade d'abord simplement dyspeptique et constipé qui, sous l'influence d'un changement de vie, voit, selon son expression, « son tempérament changer » : il devient plus gros mangeur, engraisse notablement et a plusieurs selles molles par jour, en même temps que les troubles subjectifs ordinaires de la dyspepsie s'atténuent, parfois même semblent avoir complètement disparu. Après avoir eu un côlon sténosé, il présente maintenant un cæcum pâteux, augmenté de volume, et un côlon dont les reliefs sont nettement moins accusés. Mais ce changement n'est jamais de longue durée ni l'indice d'un retour à la santé : c'est un effort vers la compensation dû à une cause extérieure, souvent de peu d'importance, insuffisante en tous cas pour suppléer à la débilité native du tube digestif. La constipation et la sténose intestinale réapparaissent et le malade reprend, dans la catégorie des Faibles, la place que lui a assignée la nature.

DOULEURS

La pratique de la palpation abdominale, qui nous renseigne sur l'état statique du côlon, éveille souvent des sensations douloureuses chez le malade. Dans de rares cas, il y a une indolence absolue : il s'agit généralement de malades forts. Chez certains sujets on trouve, au contraire, un abdomen hyperesthésié. Toutefois, même dans ce cas, il est aisé de se rendre compte que l'acuité de la douleur est maxima sur le trajet du côlon. Dans la majorité de nos observations, nous avons noté trois zones douloureuses bien tranchées : une zone correspondant au cæcum et au côlon ascendant, empiétant parfois sur la région occupée par la première anse transverse ; une deuxième zone bien délimitée au côlon descendant, et une dernière zone d'une constance frappante, bien limitée à un point situé sur la ligne médiane, à deux travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic. Ce point sus-ombilical doit toujours être recherché, car ils sont bien peu nombreux les dyspeptiques chez lesquels une pression à ce niveau ne provoquera pas une douleur franche. C'est à cette douleur que les malades font allusion quand ils disent que leurs souffrances siègent « entre le ventre et l'estomac ».

De ces trois zones douloureuses, les deux premières correspondent évidemment au trajet du côlon, et c'est cet organe qui est le point de départ de la douleur : la pratique de la palpation abdominale ne laisse aucun doute à ce sujet. Quant à la troisième, elle nous semble en relation avec les ligaments suspenseurs du foie, de l'orifice gastro-duodénal (Glénard) et du côlon, en particulier avec le ligament pylori-colique de Glénard. Cette localisation est la plus vraisemblable et rend compte de ce point de pratique, à savoir le réveil de cette douleur par la mobilisation du cæcum et même du

côlon descendant dans quelques cas. Il est, en effet, commun de voir les malades accuser une douleur au-dessus du nombril, au creux de l'estomac (au niveau de la zone signalée plus haut), pendant que le médecin cherche le ressaut du boudin cæcal. Ce point sus-ombilical, bien que siégeant au dessus du côlon transverse, est toutefois sous la dépendance du côlon plutôt que de l'estomac, que la manifestation douloureuse soit spontanée ou provoquée.

Ces trois localisations douloureuses sont assurément les plus communes et les plus fixes, mais il en existe d'autres, ordinairement spontanées, que nous devons mentionner : chez l'un, c'est une douleur bilatérale siégeant au niveau des seins, présentant les caractères d'un tiraillement à direction verticale ; chez l'autre, c'est une douleur constante entre les deux épaules ou au-dessous des omoplates ; chez un troisième, c'est un « point au cœur », suivant son expression, ou un point hypochondriaque à droite ou à gauche. Chez la plupart, on note des douleurs lombaires, soit une douleur fixe médiane au bas de la colonne vertébrale, soit deux zones douloureuses symétriques de chaque côté de la colonne lombaire, immédiatement au-dessous des côtes. Ces dernières douleurs peuvent être réveillées ou exagérées par la pression ; quant aux autres, elles sont spontanées et généralement peu influencées par la pression.

Tous ces points douloureux sont manifestement sous la dépendance des tiraillements ligamenteux de l'appareil digestif, tiraillements qui reconnaissent comme condition pathogénique nécessaire l'abaissement de la tension abdominale. Il est impossible, pour le moment, d'assigner à chaque point une origine ligamenteuse précise. Et, d'ailleurs, cette connaissance serait-elle un si grand progrès? La clinique nous apprend, et c'est l'essentiel, que la régularisation des fonctions du côlon entraîne la disparition de la plupart des douleurs dont se plaignent les dyspeptiques. Cet organe semble donc avoir

la plus grosse part dans la genèse de ces douleurs. Toutefois, le « point au cœur » (qui, du reste, est souvent une impression de gêne, de poids, plutôt qu'une véritable douleur) semble dépendre des modifications statiques de l'estomac. Il faut faire aussi la part de la glande hépatique, dont le poids considérable devient un veritable élément pathogène lorsque la tension abdominale est notablement diminuée. En définitive, les douleurs nombreuses et variées, produites par la dislocation des divers segments de l'appareil digestif, se répercutent au niveau de la région thoracique au moins autant que dans la région proprement dite de l'abdomen. Et ce fait n'est pas surprenant, si l'on réfléchit que c'est dans la région sous-diaphragmatique que se trouvent les principaux moyens de fixation des organes abdominaux : foie, coude du côlon, estomac (épiploon gastro-hépatique), reins, etc. Que de pleurodynies, que de névralgies intercostales dites *rhumatismales*, que de lumbagos *essentiels* ont pour cause réelle un simple tiraillement ligamenteux, au niveau d'un segment du tube digestif!

La plupart de ces douleurs surviennent irrégulièrement; une seule condition générale semble en diriger les manifestations : le lit et le repos les font disparaître ou les atténuent notablement; la station debout et la marche les aggravent. L'effet de la ceinture est facile à prévoir : la sédation est la règle. Toutefois l'efficacité et la rapidité d'action de la ceinture sont subordonnées à la gravité, à l'ancienneté, etc., des désordres abdominaux. A part cela, ces douleurs sont d'allure un peu capricieuse, sans heure fixe, sans durée constante, d'où l'impossibilité de les prévoir et d'en pronostiquer la marche. Elles n'ont leur place bien marquée ni dans l'évolution générale de la maladie ni à un moment quelconque de la phase digestive. Il faut cependant faire une exception pour les douleurs au niveau de l'hypochondre droit qui précèdent ou accompagnent les crises d'estomac et dont nous parlerons plus loin : c'est l'évolution de la phase digestive qui commande, dans ce cas, l'apparition des phénomènes douloureux.

PROLAPSUS VISCÉRAUX

Nous venons de voir combien sont fréquentes et variées les douleurs par tiraillements ligamenteux. Glénard, le premier, a étudié les ligaments, qui servent à fixer les différents segments de l'appareil digestif, « comme moyen de suspension pouvant jouer un rôle dans la fonction ». Rien n'est plus exact et important, en effet, au point de vue clinique, que les relations qui existent entre le rôle de ces ligaments et la fonction digestive proprement dite. A l'état normal, le péristaltisme des différents segments du tube digestif s'accomplit sans tiraillements de leurs ligaments propres; il y a en quelque sorte, grâce à la tension abdominale, un juste équilibre entre les deux forces en présence, moyens de suspension et tuniques musculaires en état de contraction. En d'autres termes, la statique du tube digestif dépend de ses ligaments, et la dynamique de sa musculature propre. Telles sont les deux composantes de la mécanique digestive. La résultante est le péristaltisme physiologique. Nous avons vu que la dyspepsie est essentiellement constituée par des phénomènes de stase. Il est facile de comprendre que ces stases rompent l'équilibre des deux forces en présence, aux dépens des agents destinés à assurer la statique : à l'état de repos, il y a alors surcharge pour les ligaments suspenseurs des segments qui sont le siège de la stase; à l'état fonctionnel, les tiraillements ligamenteux augmentent encore du fait même de la fonction ; de plus, les plans musculaires, qui ont eu à supporter la surcharge, se trouvant ainsi doués d'une moindre énergie, font appel, nouvelle épreuve pour les ligaments, à la résistance de leurs moyens de fixation pour venir à bout de leur tâche. Cliniquement, toute stase tend à forcer l'organe qui en est le siège en même temps que les agents qui maintiennent cet organe dans sa

situation normale. Or la stase prédominante est celle du cæcum : c'est là que l'atonie fait sentir ses premiers effets ; c'est dans cette cavité que s'accumulent de prime abord les résidus de toute digestion ralentie ; c'est le segment du tube digestif dont la dynamique est primitivement troublée. Dès lors il n'est point étonnant que la dislocation abdominale ait son point de départ dans le déplacement du coude droit du côlon, dans le relâchement, dans l'étirement du repli péritonéal qui sert de moyen de soutien à l'orifice colique sous-costal droit. C'est ainsi que s'expliquent tout naturellement la fréquence de l'entéroptose et sa prédilection pour les individus que nous appelons les Faibles, dont la musculature digestive manque de puissance propre et ne peut faire un effort sans mettre à contribution les moyens de fixation. Le traumatisme peut intervenir, le plus souvent pour achever l'œuvre commencée par l'atonie, mais son action est éventuelle et contingente et doit occuper le second plan dans la pathogénie de la splanchnoptose. N'oublions pas, en effet, que la diminution de la tension abdominale est la condition *sine qua non* de la réalisation de tout prolapsus viscéral. Et c'est parce que la tension abdominale diminue lentement, insensiblement chez les Forts, que ces malades sont généralement exempts de la splanchnoptose. Elle peut néanmoins se produire chez eux soit à la période d'affaissement abdominal, soit plus rarement avant le début de l'hypertrophie compensatrice, chez les individus adonnés aux travaux manuels, le traumatisme ayant fourni son appoint au bon moment, ou chez les femmes, la grossesse ayant pu tenir lieu de traumatisme. Il est un fait clinique dont nous avons été témoin, qui prouve la vérité de cette assertion : une femme vigoureuse, pléthorique, obèse même, présente un abdomen volumineux, d'un examen difficile, d'où l'impossibilité de percevoir le prolapsus intestinal ; d'ailleurs, en raison de la vigueur de la malade, on considère cette complication comme peu probable. Sous l'influence d'un régime

approprié, la malade maigrit, la palpation devient ainsi plus facile et, à un moment donné, on est étonné de trouver les signes d'une entéroptose confirmée. On est donc en droit de soupçonner l'entéroptose chez la femme, même lorsque la constitution vigoureuse, les antécédents et la forme de son état pathologique semblent la contredire *a priori*.

Toutes les autres ptoses viscérales, reins, foie, estomac, reconnaissent les mêmes conditions pathogéniques, s'observent dans la même classe d'individus, se succèdent et s'entraînent mutuellement, celle de l'intestin étant la première en date, suivant un mécanisme bien décrit par Glénard.

L'entéroptose devient ainsi une simple complication de la dyspepsie et se trouve déchue de la dignité d'entité morbide à laquelle les travaux de Glénard tendent à l'élever. Elle constitue toutefois un fait clinique d'une haute importance et dont la signification n'a point échappé à Trastour lorsqu'il a divisé ses « déséquilibrés du ventre » en deux catégories : les dilatés et les entéroptosiques. C'est de l'entéroptose. comme point de départ, que nous nous sommes élevé progressivement à la conception de nos deux groupes cliniques de dyspeptiques, les Forts et les Faibles ; et nous prévoyons que c'est encore dans l'entéroptose que notre idée trouvera son meilleur appui. Quant aux signes objectifs, boudin cæcal, corde colique transverse, cordon sigmoïdal, que Glénard attribue à l'entéroptose, nous sommes d'avis qu'ils coïncident toujours avec l'entéroptose, mais n'en sont point l'apanage exclusif; dans la majorité des cas, ils existent sans elle : une constipation passagère est capable de les créer ; il n'est pas un convalescent de pyrexie qui ne les présente avec des caractères plus ou moins évidents ; le plus léger embarras gastrique a son boudin cæcal plus ou moins crépitant et son cordon sigmoïdal. Ces signes objectifs semblent même dépourvus de signification, tant ils sont banals; et ce n'est que le rapprochement qu'on doit en faire avec les autres symptômes actuels et avec l'étude des antécé-

dents qui est capable d'en dégager l'importante signification.

Ce sont, en définitive, des signes de stase colique par atonie du tube digestif, quelles que soient les causes de cette atonie. Ils peuvent, suivant le terrain clinique, évoluer sans entéroptose ou bien la précéder et la préparer. Ils peuvent même disparaître, sans que le prolapsus intestinal ait cessé d'exister. Le seul signe de certitude de l'entéroptose réside dans la constatation, au-dessous du foie, du coude droit du côlon, sous forme d'une petite masse empâtée dont on saisisse la continuité avec le transverse et avec le côlon ascendant ; le procédé du pouce, recommandé par Glénard, est certainement le plus propre à faciliter ce diagnostic.

II

ESTOMAC

Nous ne nous attarderons pas à discuter la technique la plus propre à déceler les dimensions, la forme et la situation de l'estomac. Les procédés d'examen abdominal ont été suffisamment décrits ; et d'ailleurs chaque cas particulier suggère au clinicien une série de petits moyens qu'il serait fastidieux de vouloir énumérer. Le clapotage et le flot constituent les deux signes principaux à rechercher en présence d'un estomac pathologique. La percussion peut donner quelques renseignements complémentaires : en nous faisant connaître la limite supérieure de l'estomac, elle nous permet notamment d'apprécier la mobilité de cet organe sous l'influence des changements de position ; dans un certain nombre de cas, elle fournit sur la limite inférieure des données assez sûres ; enfin, grâce aux

variations en hauteur de la tonalité du son gastrique, on peut encore apprécier le degré de tension gazeuse intraventriculaire.

Depuis quelques années, la pathologie de l'estomac a pris, dans la littérature médicale, une importance que nous croyons exagérée, au moins sous la forme qui lui est donnée généralement ; en effet, on fait de l'estomac un organe autonome, ayant sa physiologie et sa pathologie propres, sans tenir compte des autres segments de l'appareil digestif. La clinique proteste contre une pareille manière de faire ; l'estomac n'est jamais troublé isolément, indépendamment des intestins. Il se trouve même que l'estomac est la portion la plus résistante de tout le tube digestif, ainsi que le démontrent les faits réunis dans cet ouvrage. Cette prépondérance, attribuée à la pathologie gastrique, nous semble trouver son explication dans le fait suivant : on ne classe parmi les dyspeptiques et, partant, on ne soumet à la palpation abdominale que les malades qui accusent des troubles subjectifs de la digestion. De plus, cette palpation abdominale, généralement limitée au seul ventricule gastrique, est toujours incomplète et médiocrement instructive.

La palpation abdominale, complète et pratiquée méthodiquement chez tous les malades, quels qu'ils soient, ne laisse aucun doute sur le rôle secondaire dévolu à l'estomac dans la pathologie des voies digestives, notamment sur la subordination de tous ses troubles fonctionnels à ceux du gros intestin.

L'estomac doit être étudié successivement chez le Fort et chez le Faible.

Les troubles subjectifs à point de départ gastrique sont, chez le Fort, ou peu accentués ou tardifs ou même à peu près nuls. Ce sont ces chronicitants qui, après avoir énuméré toutes leurs souffrances, terminent par cette phrase : « Je n'ai que l'estomac de bon ; je digérerais des cailloux. » Cependant l'examen objectif révèle chez eux une cavité gastrique agrandie,

clapotante, et donnant, par la succussion, la sensation de flot.

C'est chez le Fort, et pendant la période de compensation hypertrophique, que l'estomac se présente avec ses dimensions extrêmes. La région épigastrique est bombée, ce qui contribue à donner à l'abdomen la forme en *tonneau*, par opposition à la forme en *besace* qu'on observe chez le Faible. La palpation permet de délimiter la saillie épigastrique et de la rapporter, sans crainte d'erreur, à l'estomac, qui est plus ou moins tendu par le ballonnement. La percussion révèle une sonorité élevée, parfois amphorique loin du repas, et la succussion donne la sensation d'un vaste flot. Ces différents moyens permettent, en général, de se faire une idée sensiblement exacte des dimensions de la cavité gastrique et de la délimiter, même inférieurement : de l'estomac aux diamètres apparemment normaux, c'est-à-dire ne dépassant pas les fausses côtes à jeun, à l'estomac colossal qui dépasse l'ombilic en bas et refoule le diaphragme en haut, on trouve une multitude de types intermédiaires.

La caractéristique de l'estomac du Fort, pendant la période de compensation, c'est de se présenter avec des signes à la fois de faiblesse et de force : de faiblesse, puisqu'il ne peut *saisir* suffisamment son contenu et se laisse distendre par lui au point de permettre le flot, le ballottement ; de force, puisqu'il présente à la palpation un degré de tension gazeuse indiquant la tonicité, la résistance du myogastre et que le malade n'accuse ni la sensation de poids, de gêne, ni même parfois le gonflement.

Nous avons vu que l'obstacle cæcal amène un ralentissement de toute la péristaltique digestive. Ce ralentissement a son maximum d'effet au niveau de la cavité gastrique, qui est en outre, dans la majorité des cas, obligée de supporter la surcharge de la suralimentation. Telles sont les causes générales de cette faiblesse commençante de l'estomac chez le Fort. On comprend que, les causes persistant, la lutte deviendra de

plus en plus inégale ; le myogastre ira s'affaiblissant, la distension augmentera ; la tonicité musculaire, en un mot, le cédera peu à peu à la passivité jusqu'au moment où toute compensation sera épuisée. A ce moment, la région épigastrique s'affaisse et on est frappé de l'existence d'une brusque dépression abdominale immédiatement au-dessous du rebord costal, qui reste évasé et témoigne ainsi de ce que fut l'abdomen pendant une certaine période de la vie du malade. La palpation révèle alors un estomac de dimensions plus ou moins agrandies, affaissé, un flot qui frappe la main, un bruit de clapotage superficiel ; et la percussion décèle un abaissement considérable de la tonalité gastrique. Il est souvent difficile, dans ces cas, de préciser la limite de la cavité gastrique autrement que par l'étendue du flot.

Telle est l'évolution pathologique de l'estomac chez le Fort, étudié au point de vue mécanique, en faisant abstraction des phénomènes, d'ailleurs très variables, qui relèvent du catarrhe, de la congestion, de l'inflammation même. Cette évolution aboutit à ce que nous considérons comme l'*estomac forcé*, la *dilatation* véritable de l'estomac, réservant le nom de *distension* à l'agrandissement qui coïncide avec la phase de compensation ; ce mot éveille mieux l'idée de lutte, d'activité de la part du myogastre.

Il semblerait *a priori* que l'estomac du Faible dût arriver rapidement à la dilatation : il est sans force réactionnelle en face de l'obstacle cæcal ; dès le début, le malade accuse du gonflement de l'estomac, une sensation de poids, de gêne épigastrique immédiatement après le repas ; une quantité d'aliments, quelque peu exagérée, est perçue localement par le malade. Or, il n'en est rien. On ne trouve qu'exceptionnellement de grands estomacs chez les Faibles ; la limite inférieure de cette cavité se trouve généralement à mi-chemin de l'ombilic et de la partie moyenne du rebord costal gauche (ce point de repère a une certaine fixité et, partant, quelque valeur chez les Faibles

qui sont exempts des grandes variations de volume de l'abdomen, de règle chez les Forts). Cette constatation vient corroborer tout ce que nous savons de la pathologie du Faible : faiblesse du myogastre, qui, à chaque écart de régime ou à chaque recrudescence de la constipation, se laisse aller à une dilatation aiguë en quelque sorte, d'où une stase brusque et tous les phénomènes réactionnels qui l'accompagnent, la perte d'appétit entre autres. La diète s'impose par la force des choses ; c'est le repos de l'estomac qui se ressaisit, recouvre son état antérieur, à la vérité languissant, mais néanmoins compatible avec une santé relative, pourvu que les écarts de régime, toutes les grandes secousses, lui soient épargnés. Et c'est, ainsi que chez le faible, la région épigastrique ne présente à l'inspection aucune déformation bien appréciable, ni ampliation ni affaissement, sauf un léger ballonnement immédiatement après le repas. Le bruit de clapotage et la sensation de flot s'obtiennent avec la plus grande facilité ; le liquide intragastrique frappe la main et donne ainsi sur les dimensions de l'organe des renseignements bien plus sûrs que ceux fournis par la percussion. Les résultats de celle-ci sont généralement indécis ; il est difficile de délimiter l'estomac inférieurement par ce seul moyen. Les gaz ne semblent plus être contenus que dans une seule cavité, l'abdomen ; la tonicité propre du tube digestif, qui *règle dans chacun de ses segments la tonalité du son*, semble négligeable en quelque sorte ; tout le tube digestif, chez le Faible, manque de réaction propre, surtout à une période avancée de la maladie. C'est la conscience de cette faiblesse native, doublée de l'expérience douloureusement acquise à chaque écart de régime, qui pousse les malades faibles à se garder de jamais charger leur estomac, à boire extrêmement peu, à s'abstenir de toute boisson alcoolique et à éviter le moindre excès alimentaire.

Cette instabilité de la tonicité gastrique n'est pas sans un côté intéressant et surtout instructif : pendant de longues

années le malade se sent l'estomac allégé, la digestion beaucoup plus facile chaque fois qu'il a une évacuation intestinale; l'effet en est franc, immédiat, incontestable. Plus tard, c'est l'effet inverse qui se produit; le jour de l'évacuation est mauvais, le poids épigastrique est plus accentué, etc. ; le lendemain ou le surlendemain seulement, se produit une très légère amélioration. Nous ne retiendrons ici que le premier de ces faits, qui nous montre, dans un tube digestif d'une sensibilité exagérée, maladive pour ainsi dire, la réalité de ce que nous appelons le *tirage gastro-intestinal :* quelques bouchons de matières sont expulsés; c'est une issue ouverte au courant gazeux et une accélération immédiate du péristaltisme digestif. En résumé, le Faible ne nous présente pas les deux phases bien tranchées que nous avons trouvées chez le Fort : phase de distension active dans une certaine mesure, et phase de distension passive. Ce qui domine chez lui, c'est un état d'atonie, de faiblesse, très lentement progressive, état continu sur lequel viennent se développer, à chaque écart de régime, de vie, des phénomènes de dilatation aiguë en quelque sorte, nécessairement passagers, en raison de la diète et de l'hygiène qu'ils imposent.

La conclusion de cette étude est que l'estomac a une évolution pathologique parallèle à celle de l'intestin. Ces deux organes, d'ailleurs, ne font qu'obéir aux lois de la tension abdominale, dont l'appréciation reste le fait clinique capital, qu'il s'agisse de dresser le bilan des fonctions intestinales ou celui des fonctions gastriques. C'est ainsi que l'accroissement de la cavité gastrique, sur lequel on a tant discuté, perd de sa valeur séméiologique ou plutôt acquiert une signification nette, précise, facile à déterminer à propos de chaque cas particulier.

Suivant qu'il s'agira d'un Fort ou d'un Faible, la signification clinique d'un estomac d'une dimension donnée sera plus ou moins grave. L'âge lui-même n'a plus qu'une importance

secondaire : un homme d'âge mûr et porteur d'un vaste estomac pourra offrir plus de ressources au traitement qu'un homme jeune ayant un estomac de dimension moyenne.

Pratiquement, on ne pourra connaître le degré de résistance d'un estomac qu'après avoir apprécié le degré de tension abdominale, et tenu compte parallèlement de l'âge, des antécédents et de tous les signes abdominaux. Tout jugement, porté en dehors de ces conditions, sera incomplet et impropre à fournir les indications du traitement.

MANIFESTATIONS DOULOUREUSES

La fréquence, la banalité même de ce qu'on appelle les « maux d'estomac », ont fait que l'attention des cliniciens est restée presque indifférente à l'égard d'une des questions les plus intéressantes et les plus pratiques de la pathologie des voies digestives.

Cliniquement, le mal d'estomac revêt deux formes nettement différenciées.

Chaque forme, pour être bien comprise, nous paraît devoir être représentée par un double exemple, que nous simplifierons pour la clarté du sujet en l'empruntant toutefois à nos observations.

1° Une jeune fille de dix-neuf à vingt ans, pâle et faible, dyspeptique, d'un appétit irrégulier, au système nerveux irritable, à l'humeur impatiente, accuse des crampes d'estomac, caractérisées par une sensation de torsion épigastrique, avec irradiations dans les flancs, les reins, jusque dans les épaules. Ces crampes surviennent trois ou quatre heures après le repas de midi, tous les deux ou trois mois, puis tous les mois et vont en se rapprochant à mesure que la faiblesse et l'état dyspeptique s'affirment. La constipation est opiniâtre: selles irrégulières tous les cinq, six, huit jours.

Un homme ayant atteint la cinquantaine, fort, vigoureux, bien

musclé, gros mangeur, toute sa vie bien portant, toujours à la peine, doué d'un léger embonpoint, non obèse, ayant un abdomen proéminent, se plaint depuis deux ou trois ans de souffrir de violentes crises d'estomac. Ces crises, qui, au début, lui laissaient plusieurs mois de répit, se renouvellent actuellement toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ce sont des douleurs atroces qui commencent dans le bas des reins, envahissent les flancs, gagnent le creux de l'estomac. Il semble au patient qu'on lui enfonce là de véritables coups de poignard ; il se tient courbé en deux pendant la crise ; il a les flancs serrés comme dans un étau. Ces crises se produisent trois ou quatre heures après le principal repas, persistent plusieurs heures, se prolongent même parfois une partie de la nuit. Depuis le début de ces crises, le malade a maigri. Son appétit s'est maintenu. Il multiplie même ses repas, l'expérience lui ayant enseigné que ses crises sont atténuées par l'ingestion des aliments ; selles irrégulières, parfois peu abondantes, d'autrefois d'une quantité exagérée.

L'examen objectif local révèle, dans le premier cas, un ventre déjà mou et d'une fouille facile, non affaissé cependant et ayant conservé la forme normale, non influençable par les changements de position. Estomac clapotant, peu distendu, donnant la sensation de flot ; boudin cæcal bien en relief, dur, allongé ; côlon transverse en voie de sténose, bosselé en certains points ; petit cordon sigmoïdal. Pas de douleur nulle part à la pression. Dans le second cas, le ventre est un peu tombant dans la station verticale, s'affaisse légèrement dans le décubitus horizontal. Un peu de ballonnement ; estomac distendu, atteignant inférieurement l'ombilic, clapotant, donnant la sensation d'un vaste flot ; gros boudin cæcal que le ressaut fait gargouiller, empâtement sur le trajet du transverse, et cordon sigmoïdal mou, assez volumineux. Douleurs peu accusées à la palpation du côlon, plus vives au-dessus de l'ombilic, pas d'autre douleur dans la région épigastrique.

Voilà deux types cliniques bien caractérisés. La première malade est une jeune fille faible, qui commence sa vie pathologique à quinze ou vingt ans ; le second malade est un homme fort, qui fait sa première maladie à cinquante ans, après avoir joui d'une robuste santé : telles sont les diffé-

rences. Voici les ressemblances : la tension abdominale est diminuée, mais dans de faibles limites ; les crises surviennent régulièrement trois ou quatre heures après les repas, sous une forme paroxystique ; l'ingestion des aliments a un effet sédatif immédiat ; les signes de stase stercorale et gastrique sont évidents ; enfin, ils sont l'un et l'autre de tempérament nerveux. Une dissemblance, d'ordre secondaire, mérite d'être signalée et trouvera son interprétation : chez la jeune fille, c'est une crampe d'estomac pure et simple, une sensation de torsion ; chez l'homme mûr, ce sont des coups de poignard en même temps qu'un serrement.

2° Un homme de trente-cinq à quarante ans, maigre, d'apparence délicate, toute sa vie un peu maladif, sans avoir jamais eu toutefois de maladie grave, se plaint de souffrir de la constipation depuis de nombreuses années : ce sont des douleurs variées dans l'abdomen, douleurs en ceinture, douleurs dans le côté droit du ventre, maux de reins, etc. Lenteur de la digestion, poids et gonflement après les repas, tels ont été jusqu'à présent ses seuls malaises. S'étant avisé de prendre quelques laxatifs pour lutter contre sa constipation, il a vu s'ajouter à ses souffrances habituelles des maux d'estomac : maintenant, il *sent* son estomac ; il éprouve une sorte d'*endolorissement* dans le creux épigastrique, qui persiste toute la journée, s'atténue la nuit, sans toutefois disparaître, n'est pas modifié par l'ingestion des aliments. La palpation exagère cette sensibilité, qui occupe la région médiane de l'épigastre et le pourtour de l'ombilic. Ventre plat, sans élasticité, sans tension ; estomac clapotant et moyennement distendu ; flot très prononcé ; colosténose et masses dures scybaliques, sans douleur à la palpation.

Une femme de soixante ans, ayant joui d'une bonne santé, d'un embonpoint qui a frisé l'obésité, ne s'étant jamais plaint que d'accidents légers mis sur le compte de l'arthritisme ou du nervosisme, s'est mise à maigrir au moment de la ménopause, vers cinquante ans. Des malaises multiples se sont succédés ; on a recherché le sucre dans les urines, sans le trouver ; on a pensé à

la neurasthénie. Bref, entre autres symptômes, on relève des *maux d'estomac*: c'est une douleur constante au creux épigastrique, une sensation de gêne, de plénitude, de tension, parfois de meurtrissure, qui disparaît totalement par le décubitus horizontal au point que, dans cette position, la malade ne peut indiquer le siège de sa douleur; la pression profonde, sur la ligne qui relie l'ombilic à l'appendice xyphoïde, ne manque cependant pas de la réveiller. Le ventre est énorme, d'une grande mollesse. Le boudin cæcal irrégulier se mobilise avec une grande facilité: empâtement sur le trajet du transverse, et cordon sigmoïdal profondément situé. Estomac vaste, avec flot et clapotage; mobilité du foie et du rein droit, selles régulières pendant le temps de bonne santé ; sujette plutôt à la diarrhée depuis quelques années, ne se plaint pas de la constipation.

L'ingestion des aliments augmente parfois la douleur épigastrique, ne la fait jamais disparaître.

Tels sont deux malades dont le tube digestif est à la phase ultime de l'atonie, comme en témoignent et les antécédents et l'hypotension abdominale très avancée. Les douleurs épigastriques sont continues, non influençables par l'ingestion des aliments, revêtent les caractères de tiraillement, de meurtrissure, de sensibilité vague, enfin sont accrues par la pression dans la région correspondant à leur siège habituel.

Ces deux malades diffèrent en ce que le premier est un individu faible qui est arrivé jeune encore à l'atonie extrême (le laxatif n'a été qu'une cause occasionnelle qui a précipité la marche naturelle de la maladie et montré ainsi toute la fragilité de ce tube digestif); la seconde malade, forte, a joui de tous les avantages de la compensation et n'a faibli que tardivement, sa vie ayant été en quelque sorte plus longue que ne le permettait une puissance digestive cependant considérable.

En ne tenant compte que des faits (les innombrables variétés de la douleur tiennent le plus souvent à de simples différences de langage), nous croyons pouvoir diviser les maux d'estomac en deux catégories :

La *crampe* ou le *spasme d'estomac ;*

La *tension douloureuse d'estomac.*

La *crampe d'estomac* est de nature paroxystique, correspond à un moment de la phase digestive, vraisemblablement à la fin de la digestion gastrique, alors que l'éréthisme fonctionnel de l'estomac n'est plus suffisant pour contre-balancer les effets d'une hypotension naissante. L'ingestion d'un aliment fait disparaître la *crampe* en ramenant le degré d'éréthisme nécessaire. Cette crampe survient d'ailleurs aux époques où il y a recrudescence de la constipation, c'est-à-dire de la stase cæcale, par conséquent gêne du péristaltisme et affaiblissement du myogastre. L'élément nerveux doit également entrer en ligne de compte, à titre de cause prédisposante.

Quant aux douleurs en coups de poignard, aux lancées, elles nous paraissent sous la dépendance d'un état congestif ou inflammatoire en particulier des ligaments suspenseurs du tube digestif, d'où leur irritabilité excessive et la forme douloureuse commandée par les tiraillements dont ils sont le siège. Et ce qui donne à cette opinion son caractère plausible, c'est que ces douleurs se montrent de préférence chez les malades déjà avancés en âge, dont le tube digestif a par conséquent subi de nombreux assauts.

Avec la crampe, on note souvent des serrements à la ceinture, des douleurs dans les flancs, qui nous paraissent engendrées par la part évidente qui est réservée au côlon dans toute crise d'estomac : ce qui se comprend d'autant plus aisément que la fin de la phase gastrique de la digestion coïncide avec le début de la phase colique. Il est probable en effet que le côlon et l'estomac, tous les deux dans un état pathologique, ont, sur les manifestations douloureuses dont ils sont le siège, une influence réciproque, en raison de l'abaissement de la tension abdominale qui est une cause de déséquilibration fonctionnelle.

La *tension douloureuse d'estomac* est continue ou subcontinue, sans aucun rapport avec les différents moments de la

phase digestive, et suppose une tension abdominale depuis longtemps en voie de diminution et actuellement très abaissée; cette sensation de *tension* est la caractéristique d'un tube digestif qui a perdu sa tonicité propre, s'affaisse, obéit aux changements de position, à l'action de la pesanteur. Cette tonicité est tellement diminuée que l'ingestion elle-même des aliments et l'éréthisme qui en résulte sont insuffisants à la ramener, d'une façon appréciable tout au moins; de là, la tension douloureuse de l'estomac au niveau d'une zone qui correspond toujours à celle des ligaments suspenseurs du foie, de l'estomac et du côlon. Il semble que, dans certains cas, la paroi gastrique, surtout dans sa région pylorique, devienne elle-même le siège d'une vague sensibilité que la pression exagère.

Pour résumer, en une sorte de tableau synoptique, les manifestations douloureuses qui peuvent siéger au niveau de l'épigastre, nous dirons :

Elles sont de deux sortes :

A. *Les unes sont en relation immédiate avec la fonction ;*

B. *Les autres n'ont que des relations éloignées avec cette même fonction.*

Les premières (crampes d'estomac) sont de nature paroxytique et calmées par l'ingestion des aliments.

Les secondes (tension douloureuse de l'estomac) ont des allures de continuité ou de subcontinuité et ne sont pas ordinairement influencées par l'ingestion des aliments.

Le premier type clinique correspond à la phase initiale de l'hypotension abdominale; le second type clinique, à la phase terminale de cette même hypotension.

Après avoir étudié successivement et séparément le côlon et l'estomac, il ne sera peut-être pas superflu, dans un tableau d'ensemble (dans le but de faciliter l'orientation du débutant à travers une multitude de symptômes où semble

régner un véritable désordre) de montrer comment les troubles fonctionnels de l'un et de l'autre se succèdent et s'entremêlent, et pour cela d'énumérer les différents actes d'une phase digestive pathologique, simplifiée à dessein, schématique pour ainsi dire.

Un repas est introduit dans la cavité gastrique. L'excitation se propage au tube digestif tout entier : d'où la possibilité d'une évacuation intestinale après ce repas et la fréquence des émissions gazeuses à ce moment. Mais c'est au niveau de l'estomac que va se concentrer toute l'activité digestive; or, par hypothèse, celui-ci a perdu une partie de sa tonicité; il n'est donc plus capable de déployer des forces suffisantes pour contre-balancer le poids d'un repas, qui devient de la sorte une véritable surcharge : de là les sensations subjectives de poids, de gêne, de tension; de là aussi le ballonnement de la cavité gastrique par des gaz qui se dilatent *in situ*, soit à cause du défaut de tirage général gastro-intestinal, soit à cause de la faiblesse relative des parois destinées à modérer cette dilatation; et ce ballonnement entraîne la sensation de gonflement, l'essoufflement, les palpitations cardiaques mêmes, pour une part tout au moins. Cette surcharge gastrique s'accompagne, en outre, de phénomènes circulatoires de retentissement, faciles à comprendre : somnolence, torpeur générale, rougeur de la face, refroidissement des extrémités inférieures, frilosité, etc.

Après un laps de temps qui varie de deux à cinq heures, les symptômes gastriques se dissipent peu à peu, au point de disparaître parfois complètement et de laisser au malade un moment de répit, de bien-être même, d'une durée très variable, semblant correspondre à un état de juste équilibre entre une charge qui est diminuée et une tonicité gastrique qui a trouvé tous ses moyens d'action.

A cet instant de bien-être, qui n'est d'ailleurs pas constant, succède une phase en quelque sorte intermédiaire, qui em-

pièle sur la fin de la phase gastrique et sur le début du travail du gros intestin, dans lequel les résidus digestifs commencent à affluer. Cette fin de la digestion gastrique est particulièrement intéressante : c'est à ce moment que se produisent les crampes d'estomac, sur le mécanisme desquelles il est inutile de revenir; si les crampes sont absentes, ce sont ou bien des phénomènes de gonflement (différent de celui *post prandium*) avec écœurement, ou des renvois bruyants, difficiles, sans odeur ou rappelant les aliments ingérés et non altérés. ou des régurgitations aqueuses, alimentaires même, ou des bâillements, parfois des brûlures au creux épigastrique et le long de l'œsophage, ou encore une sensation de vapeurs chaudes à l'épigastre, qui se résolvent en renvois aigres; ou enfin, dans la région sternale, un sentiment de vide, de *faiblesse intérieure*, comme disent les malades, qui fait naître un besoin de prendre. On comprend combien peuvent être variables ces phénomènes qui marquent l'épuisement de la tonicité gastrique et peuvent reconnaître une foule de causes secondaires, en particulier les phénomènes congestifs, dont la muqueuse gastrique peut être le siège, et toutes les altérations d'ordre fermentatif qui attaquent une masse alimentaire stagnante et incomplètement protégée par les sucs digestifs. Chaque cas particulier a sa pathogénie propre et nous ne croyons pas qu'une théorie générale puisse expliquer des phénomènes si disparates.

Débutant avec la fin de la phase gastrique se montrent les quelques phénomènes qu'entraîne le travail anormal du gros intestin : douleurs lombaires (sensation de courbature, de brûlure parfois), meurtrissure dans le ventre, les flancs et les parties latérales de la base du thorax, points douloureux entre les deux épaules, au niveau des reins ou dans l'hypochondre droit ou gauche (droit chez le Faible, gauche chez le Fort) : souvent la phase colique diurne est à peu près silencieuse. Il faut alors interroger le sommeil, dont les troubles sont en rela-

tion étroite avec une péristaltique défectueuse du gros intestin.

A la phase colique, en général courte (un quart d'heure, une heure au plus), succèdent les phénomènes qui suivent l'extinction de tout éréthisme digestif et qui, à proprement parler, relèvent de l'hypotension générale de l'abdomen (cet épuisement digestif est peu marqué chez les Forts, a son maximum d'intensité chez les Faibles) : l'affaissement du canal alimentaire entraîne l'anéantissement des forces générales, la difficulté de rassembler les idées; les traits de la physionomie s'étirent, le regard devient mort; le malade n'est plus bon à rien, suivant son expression. Ce n'est plus seulement le besoin de prendre, mais un affaissement général de l'organisme, sans localisation précise, qu'un nouveau repas va d'ailleurs dissiper complètement et sur-le-champ.

L'état pathologique, en définitive, se caractérise par une sorte de dissociation fonctionnelle dans l'acte digestif; l'harmonie, en vertu de laquelle à l'état normal les divers segments de l'appareil digestif fonctionnent parallèlement, synergiquement, cesse alors d'exister et on assiste à une digestion pour ainsi dire *en plusieurs actes :*

1° *Acte gastrique ;*

2° *Acte colique ;*

3° *Épuisement digestif.*

C'est en s'inspirant de ce schéma qu'on arrivera à comprendre chaque malade dyspeptique ou, mieux, à faire la part des voies digestives chez un chronicitant, quel qu'il soit, et surtout quels que soient les malaises subjectifs qu'il accuse.

Cette analyse est loin d'être toujours facile ; parfois les symptômes s'enchevêtrent au point qu'on ne reconnaît plus les différents actes d'une phase digestive. Le besoin de prendre se fait sentir une demi-heure après un repas copieux ; la crampe d'estomac apparaît une heure après le repas de midi, disparaît et réapparaît au bout d'une demi-heure, ou

encore la même crampe se manifeste immédiatement après le repas du soir; parfois l'ingestion des aliments, au lieu de réconforter, fait naître ou accroît la faiblesse générale ; un aliment passe aujourd'hui, ne passe plus demain, etc. Pourquoi ce désordre, ces « caprices » de l'estomac, suivant l'expression encore en faveur auprès d'une portion du public médical ? La raison en est fort simple : un trouble pathologique quelconque ne survient jamais brusquement, sans avoir été préparé par une série de petits désordres, qui ont passé inaperçus ; ce sont ces désordres qui en modifient la forme, en altérent la physionomie et sont capables même de substituer un phénomène à un autre que la physiologie désigne et prévoit. L'habileté du clinicien consiste précisément à démêler toutes ces conditions et à comprendre l'influence de chacune d'elles dans un cas donné. La clinique nous apprend aussi à connaître le terrain sur lequel évolue l'état morbide et à tenir compte des *équivalences :* les renvois trois heures après le repas sont l'*équivalent* d'une crampe d'estomac ; un vertige est l'*équivalent* d'un besoin de prendre ; la sécheresse de la bouche est l'*équivalent* d'une régurgitation aqueuse, etc.

Chaque malade, pour des raisons multiples, a sa façon de réagir et l'analyse clinique n'est qu'une *équation personnelle* à établir et à résoudre. C'est grâce à cette gymnastique intellectuelle qu'on arrive à grouper les malades dans des catégories dont le nombre croît avec l'expérience, de telle sorte qu'en face d'une seule réaction morbide l'esprit embrasse d'emblée et pour ainsi dire *a priori* tout le reste de la symptomatologie.

De tout ce que nous venons de dire découle la nécessité pour le médecin, appelé à soigner un dyspeptique complexe, de diriger tous ses efforts vers un seul but, la mise en ordre, la régularisation des manifestations pathologiques, la réduction des symptômes au type schématique. Ce résultat obtenu, ce sera un grand pas vers la guérison. Il faut savoir en quelque sorte dépouiller la maladie de sa *gangue* pour mieux la voir et, partant, la combattre avec plus de chances de succès.

DEUXIÈME PARTIE

CLINIQUE APPLIQUÉE

Mettre le lecteur en présence des malades et lui montrer comment la clinique s'adapte à notre enseignement doctrinal, telle est la tâche qu'il nous reste à remplir.

Les observations concordantes sont de tous les jours et nous les avons recueillies par centaines : d'où la nécessité de faire un choix. Aussi nous appliquerons-nous à relater, non pas les cas complexes ou rares, mais les faits simples, suggestifs, ayant une signification assez nette pour inviter le clinicien à chercher *au lit du malade* la vérification de nos assertions.

En outre, notre but n'est pas et ne doit pas être d'indiquer la voie thérapeutique à suivre dans tel ou tel cas particulier. Les indications du traitement ne peuvent découler que de la connaissance approfondie du malade. Or, enseigner les moyens d'approfondir, d'*épuiser* pour ainsi dire, une observation, c'est du même coup faire connaître toutes les ressources utilisables en matière d'hygiène et de prophylaxie. Pour cela, nous n'hésiterons pas à tronquer des observations poursuivies, au jour le jour, pendant des mois, parfois même des années, et souvent à passer sous silence d'heureux résultats et tous les moyens mis en œuvre pour les obtenir.

Il faut d'abord formuler les prémisses, les faire comprendre et accepter, et la conclusion ne peut manquer de s'imposer.

I

Tout dyspeptique a un passé intestinal qu'il faut chercher et savoir reconnaître.

Les troubles subjectifs de l'estomac ne surviennent jamais d'emblée, chez un sujet exempt d'autres accidents.

L'apparition plus ou moins tardive des troubles gastriques mesure en quelque sorte le degré de puissance de cet organe et la gravité des accidents intestinaux.

Ceux-ci peuvent, d'ailleurs, être longtemps compatibles avec une santé en apparence normale : leur phénoménologie, à forme épisodique, est négligeable aux yeux d'un grand nombre de malades. « Ce sont de petites infirmités, avec lesquelles il faut se résoudre à vivre. »

Mme X..., vingt-six ans. — Un seul enfant âgé de vingt-trois mois et après trois ans de mariage.

Ne peut fournir aucun renseignement sur son nourrissage. Rougeole et coqueluche dans la première enfance.

Est affirmative sur ce point, à savoir qu'elle a toujours été vigoureuse, grasse sans exagération, au teint frais, qu'elle a toujours eu un excellent appétit, sans être grosse mangeuse à proprement parler, qu'enfin elle a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à l'indisposition actuelle qui date du sevrage de son enfant, il y a sept ou huit mois.

Après insistance, elle nous raconte toutefois qu'elle est migraineuse depuis l'âge de sept ou huit ans ; en pension, accès de migraine violents et nombreux; ont diminué avec l'âge et surtout après sa sortie de pension. La grossesse a fait disparaître

complètement la migraine, qui a été remplacée par quelques maux de tête ; depuis les couches, ni migraines ni maux de tête.

Hémorrhoïdes (?) depuis l'âge de dix-huit ou vingt ans, c'est-à-dire, à la suite d'une marche prolongée, souffrance à l'anus et sensation pénible « de quelque chose qui sort ».

Début de la constipation avec la grossesse ; recrudescence de cette constipation après l'accouchement : à ce moment, véritable crise de constipation avec douleurs très vives et selles sanglantes.

A part la constipation, bonne santé pendant tout le nourrissage de son enfant, c'est-à-dire pendant quatorze mois.

A ce moment prend une purgation et, le même jour, pendant une promenade assez longue, croit avoir pris froid. Depuis lors, *diarrhée après les repas et la nuit*, sans trouble sérieux de la santé. Au bout de quatre mois, la diarrhée se montre précédée de coliques douloureuses. Un médecin ordonne du bismuth et du diascordium.

En même temps que s'installe cette diarrhée, la malade, jusque-là assez grasse, se met à maigrir et voit son ventre augmenter de volume.

Il y a deux mois, *métrorrhagies* qu'un médecin met sur le compte d'une fausse couche et pour lesquelles il pratique un curettage utérin. La malade garde le lit pendant dix jours. Il apparaît du gonflement après les repas et son ventre s'affaisse, ce qui frappe toutes les personnes de son entourage. Dès que la malade peut reprendre sa vie ordinaire, les gonflements après les repas disparaissent peu à peu ; mais le ventre reste plat.

Pendant la quinzaine qui précéda le curettage et celle qui le suivit, maux de reins, douleurs entre les deux épaules, dans la station debout seulement, jamais au lit.

Actuellement, la malade accuse les phénomènes suivants :

Une perte *progressive* des forces et de l'embonpoint ;

De la diarrhée avec coliques après les repas et pendant la nuit. A cette diarrhée succède une constipation opiniâtre dès que la malade fait usage du bismuth et du diascordium prescrits ;

De plus, depuis quelques jours seulement, *douleur légère au creux de l'estomac*, douleur d'une durée très variable (elle a duré une fois toute une journée), sans aucun rapport avec les repas. Cette douleur épigastrique lui a fait craindre le début d'*une maladie d'estomac* et l'a décidée à venir nous voir.

Nous lui trouvons un teint frais, un certain degré d'embonpoint, en un mot toutes les apparences d'une santé normale.

Examen objectif. — L'auscultation du cœur et des poumons est absolument négative.

L'examen de l'abdomen nous révèle ce qui suit : hypotension notable, masquée en partie par une grande excitabilité de la paroi qui se contracte sous nos doigts. L'hypotension est surtout manifeste quand la malade est debout ; dans cette position, le ventre est un peu tombant ; dans la position horizontale, il est plat et étalé. Le côlon ascendant paraît affaissé ; il est le siège d'un empâtement sous forme de boudin irrégulier, au niveau duquel on perçoit des crépitations et du gargouillement en même temps qu'on réveille un peu de douleur par la palpation profonde. Le côlon descendant forme un cordon étroit et douloureux. On ne sent pas le côlon transverse. Pas de rein mobile. Pas de modification de la matité hépatique. Distension et clapotage gastriques ; la limite inférieure de l'estomac paraît distante de l'ombilic de deux ou trois travers de doigt.

Langue sale ; haleine un peu fétide. Teinte subictérique des conjonctives. Légère diminution de l'appétit.

On note chez cette malade l'évolution longtemps latente de troubles intestinaux qui se sont révélés :

1° *Au début de la grossesse*, par de la constipation au sens vulgaire de ce mot : pour la première fois de sa vie, la malade *s'est jugée* constipée. Ici se place une remarque : en même temps que la constipation *redouble*, la migraine *disparaît*. La grossesse au début augmente l'atonie gastro-intestinale ; et la disparition de la migraine marque un pas de plus dans la voie de l'atonie. Il n'est donc point surprenant de voir disparaître la migraine chez notre malade ;

2° Après le sevrage de son enfant, *à l'occasion d'une purgation*, par de la diarrhée et des coliques. Puis les forces ont diminué, la malade s'est mise à maigrir et a été prise de métrorrhagies.

Un second point intéressant à signaler, c'est l'apparition toute récente des *troubles gastriques*. Grâce à sa vigueur constitutionnelle, la malade a pu garder son estomac indemne pendant longtemps, relativement à l'ancienneté des irrégularités fonctionnelles de l'intestin. Il a fallu la grossesse d'abord, puis la diarrhée, deux causes puissantes d'hypotension abdominale, pour mettre l'estomac en état de grossière insuffisance.

II

En l'absence d'une tension abdominale suffisante, le tube digestif forme en quelque sorte une masse inerte, influençable par l'action de la pesanteur. Il n'est pas rare de rencontrer des malades ou qui ne peuvent se coucher sur les côtés à cause d'un point douloureux qui se manifeste dans le côté opposé à celui sur lequel ils reposent, ou bien qui debout sentent leur ventre *tomber*, cette sensation disparaissant immédiatement au lit, ou encore chez lesquels la marche, un faux pas réveillent une douleur vive, une sensation de chaleur dans l'hypochondre droit. Tout le monde sait enfin que l'immobilité absolue, dans la position horizontale, est un moyen presque infaillible de calmer les crampes d'estomac.

La pratique nous offre à chaque instant de petits faits qui trouvent leur explication dans la proposition énoncée plus haut.

Mme X..., vingt-sept ans. — Accouchée le 26 septembre 1890. Entéro-néphroptose antérieure. Le troisième jour après l'accouchement, vomissements incessants, ventre douloureux, très ballonné ; les anses intestinales se dessinent, état général très mauvais, pouls constamment au-dessus de 120, ayant atteint 140 et très

faible ; 30 centigrammes de calomel et glace sur le ventre produisent une amélioration considérable. A partir de ce moment, relèvement progressif de l'état général ; la malade souffre du côté droit du ventre (celui-ci *avant* le calomel était en bateau, *après* reprend son aspect normal, la tension est même devenue assez bonne). Ces douleurs s'exacerbent vers six ou sept heures du soir, d'une façon régulière ; un laxatif produit plusieurs selles abondantes, moulées, verdâtres, grasses et puantes; sédation immédiate des douleurs du côté droit (disons que celles-ci s'irradient parfois transversalement, au niveau de la ceinture). Puis, au bout de deux ou trois jours, ces douleurs, qui se sont accrues progressivement chaque jour, ont leur paroxysme habituel : un nouveau laxatif les fait disparaître totalement.

Aujourd'hui 21 octobre, sous l'influence de 80 centigrammes de cascara et d'une dose ordinaire de sulfate de soude et de sulfate de magnésie, deux selles abondantes ayant les mêmes caractères qu'antérieurement, mais un peu plus tardives et plus lentes à se produire. La malade, munie d'une ceinture peu serrée, se lève à dix heures et demie du matin : pas de vertiges, pas de pâleur, aucun malaise ; la ceinture, qui *hier* n'a pas pu être tolérée à cause des douleurs du côté droit, est admirablement supportée. La malade s'installe dans un fauteuil et dans cette position prend son repas de midi, composé d'un bifteck assez volumineux, d'un œuf à la coque et d'un fruit cuit ; avec cela un bon verre et demi de vin de Bordeaux coupé de deux tiers d'eau de Vals Vivaraise n° 5. Son repas est pris depuis un bon quart d'heure et la malade, se sentant très bien, manifeste le désir de faire un petit tour dans sa chambre. Aidée de sa garde, elle se lève; mais à peine debout elle *se sent mal*, *devient pâle*, *ne voit plus les objets qui l'entourent*, *défaille*, *se plaint d'un mal de tête affreux*. Vite on la remet dans son fauteuil, on lui fait respirer du vinaigre, on lui fait des flagellations sur la figure et les mains ; peu à peu elle revient à elle, mais elle sent venir le vomissement avec mal de tête violent, puis l'envie de vomir disparaît, et c'est un besoin d'aller à la selle. A ce moment, on la prend et on l'étend dans son lit ; deux minutes à peine se sont écoulées, il ne reste plus trace de malaises, ni maux de cœur, ni envie d'aller à la selle ; la malade se sent aussi bien qu'avant cet accident ; il ne lui reste qu'un besoin de sommeil assez vif.

Sous l'influence de la station debout, l'estomac, plein d'aliments, s'est trouvé insuffisamment soutenu et impuissant par sa tonicité à garder sa statique physiologique. Mais le gros intestin nous semble avoir joué aussi son rôle dans ce petit acte fort instructif. Avant le dîner, son poids était incapable d'influencer la statique gastrique, d'une part, à cause des évacuations du matin (on ne saurait affirmer cependant, malgré l'abondance des selles, qu'il fût vide, car un gros intestin peut recéler des quantités *prodigieuses* de matières fécales, et on ne peut que rarement affirmer qu'il est vide), d'autre part à cause de l'état de vacuité de l'estomac, vacuité qui laissait à la tonicité de cet organe la faculté d'agir assez efficacement pour en maintenir la statique normale. Mais le repas est venu peser sur l'estomac, il a été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase ; l'intestin, grâce à cette complicité, est devenu maître de l'estomac. Dans la position assise, les choses allaient bien, à cause de l'augmentation de tension abdominale que comportait dans l'espèce cette situation ; la malade se levant, brusquement l'équilibre abdominal a été rompu et les phénomènes circulatoires, nerveux, etc..., qui sont l'accompagnement habituel de ces dislocations abdominales, se sont produits sur-le-champ. pour disparaître bien vite dès que la position horizontale a été reprise.

Cette interprétation ne vaut que ce que valent les vues de l'esprit. En tout cas, au mérite de la simplicité et de la clarté elle joint celui de cadrer parfaitement avec une multitude d'autres faits cliniques, de comporter en un mot un sens général. On pourrait rapprocher de ce fait les bienfaits que retirent les malades de la position horizontale en général, et en particulier du repos au lit avant les principaux repas, alors que le tube digestif relativement vide est influençable dans sa statique par les lois de la pesanteur. Ce repos avant les repas est moins un repos de tout l'organisme qu'un repos spécial du tube digestif que, dans la station debout, la pesanteur tend à

faire descendre vers le petit bassin et par conséquent à *fatiguer inutilement*, toutes les forces toniques de l'appareil devant être réservées pour l'acte digestif, pour la progression de la masse alimentaire. Cette tonicité fonctionnelle si nécessaire et si heureuse nous explique que la plupart des malades supportent bien la *promenade après le repas* et même en retirent le plus grand profit, contrairement à la malade dont je viens de conter l'histoire; ils la supportent, parce que leur tube digestif n'est pas assez gravement compromis pour avoir totalement perdu cet éréthisme physiologique qui accompagne toutes nos fonctions, éréthisme suffisant pour neutraliser les effets de la pesanteur sur la masse gastro-intestinale (éréthisme absent ou insuffisant chez notre malade très gravement touchée et devenue presque cachectique, à un moment donné), éréthisme qui est à son maximum immédiatement après le repas, alors que la digestion se prépare seulement, que les actes digestifs *anormaux*, soit moteurs soit chimiques (qui constituent la dyspepsie), ne sont pas encore venus l'amoindrir et le contrarier. Plus l'influence de la promenade *post cibum* est *heureuse* et *prompte*, plus le pronostic est favorable. Mais la durée surtout de cet effet salutaire est de grande importance. Un malade qui se trouve bien d'une promenade d'une heure ou de deux heures a une statique abdominale moins compromise et susceptible d'une amélioration plus sérieuse qu'un malade qui est las et n'en peut plus au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure. Ce sont là des faits d'observation très facile, journalière, dans la pratique des affections digestives.

Ces faits ont une très grande importance et nous enseignent toute une série de préceptes sur le temps qu'un malade dyspeptique doit rester au lit, sur le moment où il convient qu'il essaye ses forces, sur la façon de se reposer dans la journée et les heures les plus propices à donner le maximum de repos, sur l'exercice par la marche avant, après les repas, sur les mites que nous devons imposer à cet exercice, suivant l'âge

du malade, son sexe, l'ancienneté et les caractères propres de la maladie, etc... Ce sont là autant de questions que nous nous réservons de trancher au chapitre traitant de l'*hygiène thérapeutique*.

III

Au cours d'une maladie évoluant en dehors du tube digestif, il est nécessaire de surveiller celui-ci au même titre que les reins ou le cœur, par exemple. Des complications peuvent se produire qui reconnaissent pour cause seconde un trouble fonctionnel des voies digestives soit antérieurement malades, soit influencées seulement par la maladie actuellement en cours. Le tube digestif est un des appareils de l'organisme sur lesquels nos moyens hygiéniques ont le plus de prise : agir sur lui, ce sera souvent un excellent moyen d'attaquer une maladie siégeant ailleurs. Un exemple suffira à faire saisir notre pensée ; les purgations, qu'on donne aux asystoliques, n'ont d'autre effet que de débarrasser les voies digestives des résidus qui les encombrent, d'exciter la péristaltique gastro-intestinale et, finalement, de faciliter la circulation sanguine intra-abdominale, c'est-à-dire d'enlever au cœur le surcroît de travail qui lui incombe du fait des stases abdominales.

Il importe pratiquement de savoir démêler exactement les symptômes qui dépendent de l'appareil digestif de ceux qui ont ailleurs leur point de départ. Cette notion clinique, trop souvent oubliée, nous a permis bien souvent d'être utile à des malades, chez lesquels la digestion ne semblait pas en cause le moins du monde.

Un malade de quarante ans, que nous savions dyspeptique à la suite d'un premier examen de l'abdomen, est pris brusquement d'hémoptysies abondantes. Celles-ci se répètent à trois ou quatre reprises, dans l'espace de quarante-huit heures. Un soir, nous

sommes appelé auprès du malade; les hémoptysies ne se sont pas reproduites depuis la veille et nous ne trouvons dans la cuvette que quelques crachats hémoptoïques. Mais le malade et son entourage sont surtout inquiétés par des crises d'étouffement avec rougeur de la face, battements des tempes et obscurcissement de la conscience; le malade ne sait plus où il est, perd la notion de ce qui l'entoure et sent *qu'il s'en va*. Chaque crise s'accompagne de *maux de cœur* et se termine par de violentes palpitations. Elles durent jusqu'à une heure et plus. On nous interroge avec anxiété sur la possibilité d'une issue fatale, et surtout on insiste pour savoir les moyens propres à empêcher le retour de semblables crises.

Un examen rapide, sommaire du malade, nous montre des lésions pulmonaires très limitées, mais par contre une hypotension abdominale très accusée, un gros boudin cæcal, un cordon sigmoïdal et un estomac clapotant et abaissé.

Notre plan de bataille est arrêté. Nous recommandons au malade, d'une part, de prendre une demi-tasse à café de lait ou de bouillon chauds, au moment où il sentira les prodromes de la crise, et de bien se rendre compte de l'influence que va exercer cette ingestion sur l'évolution de la crise; d'autre part, de prendre immédiatement un lavement purgatif, suivi d'une série de lavements laxatifs à prendre tous les matins.

Le lendemain soir, nous trouvons le malade très calme, sans aucune dyspnée, d'ailleurs comme la veille; et l'on nous raconte que l'ingestion d'une demi-tasse de liquide chaud a arrêté net une crise imminente, que de plus le lavement a produit un effet inattendu : selle abondante et moulée; la nuit a été calme, quatre heures de sommeil, pas d'accès de toux; le matin, nouvelle selle abondante et bonne journée; les accès d'étouffement n'ont pas reparu. Le malade nous est très reconnaissant de notre diagnostic et ne doute, pas plus que nous, que ces étouffements ne viennent des voies digestives. Rappelant ses souvenirs de dyspeptique, il nous raconte avoir eu déjà, il y a trois ou quatre ans, les mêmes accès d'étouffement, disparaissant par l'ingestion de nourriture.

On observe parfois, dans l'état d'*hypotension abdominale*, une sorte d'équilibre instable compatible avec une santé

relative, équilibre auquel arrivent les vieux dyspeptiques à la suite de nombreux tâtonnements et au prix parfois de bien douloureuses et bien longues expériences. Ce sont ces malades qui ont renoncé à tout traitement, qui sont devenus les ennemis irréconciliables de la polypharmacie, qui trouvent dans un régime sévère. conseillé par le seul instinct, une vie supportable dont ils se contentent prudemment et qui s'en vont cahin-caha, mélancoliques, insensibles à la joie vive aussi bien qu'à la profonde tristesse ; leurs souffrances sont continues, et, s'ils ne les sentent plus, c'est que justement ils ont réussi à imprimer à ces souffrances un caractère d'uniformité, d'homogénéité et de constance qui les a émoussées en les rendant subconscientes. Mais la maladie marche toujours, et, survienne un épisode morbide dans un territoire quelconque de l'économie, brusquement l'équilibre fragile, auquel nous venons de faire allusion, est rompu ; les troubles digestifs deviennent bruyants, et l'on voit, comme dans notre cas, réapparaître de vieux symptômes à peu près oubliés.

A notre avis, l'hypotension domine les accidents de *nature congestive* que nous venons de relater ; mais, en parlant d'hypotension, nous visons l'état fonctionnel des voies digestives qui la commande et la crée. En un mot, nous croyons être en face de troubles vaso-moteurs produits par un tube digestif dont les différents segments sont mal équilibrés les uns par rapport aux autres ; le malade ne mange plus, une brusque atonie par maladie aiguë a envahi les parois musculaires du tractus gastro-intestinal ; le côlon est surchargé dans quelques-unes de ses parties grâce à une ancienne constipation, affaissé dans d'autres, en tout cas incapable du plus petit effort d'expulsion ; l'estomac lui-même est frappé d'atonie et garde les ingesta ; bref, toute la statique abdominale est troublée et devient une source de phénomènes morbides qui vont s'enchevêtrer avec ceux existants, les aggraver, les déformer, et, ce qui est plus grave, donner le change au

médecin, au point de lui inspirer une thérapeutique inefficace, parfois pernicieuse.

IV

La dyspepsie a une évolution naturelle, dont il est facile et curieux de saisir les grandes étapes à travers la multiplicité et malgré la variété des états pathologiques qui remplissent une vie entière.

L'enchaînement des faits, qui ont eu le tube digestif comme terrain de germination, est un véritable *fil conducteur* pouvant empêcher l'observateur de s'égarer en face d'une complication qui survient inopinément, sans relation apparente avec le passé et qui, par conséquent, se présente dans des conditions d'interprétation extrêmement périlleuses. Voici, par exemple, une malade qui, vers quarante ans, après avoir joui d'une santé en apparence excellente, est prise brusquement de douleurs symptomatiques de *coliques hépatiques*.

En présence de cet accident, tout esprit curieux et droit cherchera dans le passé, quel qu'en soit le silence, l'explication d'un épisode dont la préparation a dû être longue et suppose de multiples conditions génétiques. C'est alors que la connaissance de l'évolution naturelle de la dyspepsie facilite et la recherche et la découverte de toutes ces conditions. Bien plus, la moisson de faits est telle que l'interprétation d'ensemble de la malade, y compris le diagnostic actuel, peut être radicalement modifiée.

A. — Mme X..., trente ans. — Réglée à quatorze ans. Légèrement anémique de seize à dix-huit ans. Mince et pâle, étant jeune fille ; actuellement visage coloré, couperosé même et nombreuses varicosités sur les pommettes. Teinte jaune des conjonctives et coloration subictérique de la face. Langue humide et rouge sur les bords, blanche au milieu.

Première et unique grossesse à vingt-trois ans. Pendant les trois ou quatre premiers mois, vomissements incessants ; puis santé excellente, exubérante même ; *gros appétit*, digestions parfaites. Après sa couche, début de l'engraissement et ventre resté volumineux. A gardé meilleur appétit depuis sa couche.

Vers vingt-sept ans, accentuation rapide de l'embonpoint : elle est arrivée à peser 83 kilogrammes. Puis, survient l'influenza : six mois de malaises consécutifs et perte totale de l'embonpoint acquis depuis la couche. Au bout de ces six mois la santé se raffermit, l'embonpoint surtout revient rapidement à son niveau antérieur. Mais bientôt des troubles digestifs se déclarent, caractérisés surtout par des brûlures à l'épigastre et le long de l'œsophage. A ce moment, le ventre est volumineux : « On me croyait enceinte, » dit la malade. Son ventre la gênait notablement et elle était obligée de le relever avec les deux mains pour s'asseoir.

Elle buvait beaucoup, faisait un large usage du vin pur, mangeait très irrégulièrement, obligée qu'elle était de « recevoir » presque chaque jour.

Au mois de septembre 1893, première crise, légère, de serrement autour de la taille.

Le 7 novembre de la même année, vers quatre heures du soir, survient une crise violente de torsion au creux épigastrique (la douleur forme une traînée entre le nombril et le foie) avec irradiations dans le point correspondant du dos, puis dans l'abdomen tout entier. Cette crise dure une demi-heure à trois quarts d'heure. La fin en est marquée par des vomissements qui se multiplient et persistent toute la journée du lendemain, revenant chaque fois que la malade essaye de prendre quelque chose. Malgré une diète absolue, nouvelle crise plus violente que la précédente, deux jours après. Au bout de huit jours, alors qu'une alimentation légère a été reprise, troisième crise, survenue trois ou quatre heures après un repas. Pas d'*ictère* pendant tout ce temps. Puis, inappétence, besoins de prendre avec sensation de vide à l'épigastre et à gauche de cette région, amaigrissement progressif ; a perdu 10 kilogrammes en quatre mois.

Vers le milieu de février 1894, la malade est frappée par l'abondance de ses garde-robes, qui lui paraissent disproportionnées avec l'alimentation très restreinte que son appétit lui permet.

Elle est réveillée, le matin, par une série de besoins impérieux d'aller à la selle ; chaque évacuation est abondante, les matières tombent en masse « comme une avalanche », nous dit la malade. Ces évacuations anormales se répètent pendant quinze jours successifs. Le ventre a diminué considérablement de volume.

Actuellement (8 mars 1894) une selle tous les jours, maux de reins, lancées dans les reins et les côtés du ventre, faiblesse générale, sensation de poids épigastrique après les repas, puis de vide au bout de deux ou trois heures. Appétit diminué, très irrégulier. Bon sommeil. Depuis deux ans, idées noires et grande impressionnabilité qui s'est changée en une nervosité extrême depuis le début des malaises actuels. Brûlures dans l'estomac et dans tout le ventre ; elles ont beaucoup diminué ces derniers temps. D'ailleurs, tendance au relèvement depuis une huitaine de jours.

Dans la station verticale, le ventre est un peu tombant, et il s'étale légèrement dans le décubitus horizontal. L'hypotension abdominale est très nette, bien que l'appréciation en soit difficile à cause des contractions réflexes de la paroi. Le côlon ascendant forme un boudin gargouillant. Estomac clapotant, avec flot ; sa limite inférieure atteint l'ombilic. Rien à l'examen du foie. Épreuve de la sangle positive. Examen négatif des urines.

La vie pathologique de cette malade se divise naturellement en trois périodes :

Première période. — Constipée, pâle et mince, avec des symptômes d'anémie, c'est-à-dire de faiblesse, à un moment donné, notre malade se tient, grâce à la vie au grand air, dans de bonnes conditions hygiéniques: absence de soucis, nourriture saine, pas de travail exagéré et intelligence réelle qui est, à notre avis, le tonus du système nerveux.

Deuxième période. — La maternité amène un changement net : le corps s'épaissit, la face se colore, le ventre surtout se développe, l'appétit augmente, les selles deviennent plus faciles, l'état général prospère. Dépérissement à la suite de l'influenza, ce qui montre la fragilité d'une santé en appa-

rence exubérante. Après l'influenza, l'embonpoint revient, mais non la force digestive ; l'estomac a été blessé, il *bat de l'aile ; stases*, *congestion* et *brûlures ;* malaise vague produit par la digestion.

Troisième période. — Enfin, l'insuffisance de la mécanique digestive éclate par des phénomènes spasmodiques, douloureux, *localisés d'abord au côlon seulement.* Quelques semaines se passent ; les mêmes phénomènes réapparaissent, mais envahissent l'estomac, et tout l'abdomen subit le contre-coup d'une crise qui se renouvelle deux jours après, malgré des vomissements incessants ; c'est que le côlon n'est pas vidé et n'arrive pas à s'exonérer. Le retentissement obligé, c'est une atonie généralisée à tout le tube digestif avec catarrhe de la muqueuse. La reprise de l'alimentation ramène une nouvelle crise au bout de huit jours ; le côlon restait irritable et le contact éréthogène des aliments a suffi pour en exciter le spasme douloureux, toujours sans effet évacuant.

Mais les phénomènes de catarrhe prennent le dessus, l'appétit s'en va, l'amaigrissement survient, l'atonie s'accuse, la tension abdominale diminue progressivement jusqu'à la disparition complète de toute velléité réactionnelle de la part du côlon. Pendant deux mois, c'est un état de véritable marasme digestif. Parfois, l'appétit semble renaître ; puis, de nouveau, c'est le dégoût des aliments. Retour irrégulier de brûlures occupant non tant le creux épigastrique et l'œsophage que le ventre tout entier.

Au bout de ces deux mois, la nature (trente ans) commence à reprendre le dessus et nous voyons alors l'organisme se débarrasser de son épine spasmogène : le côlon se vide, les évacuations sont énormes, répétées alors que la malade ne mange presque pas ; elle en est surprise et n'hésite pas à considérer ces matières en quantité prodigieuse comme pro-

venant *du temps où elle mangeait beaucoup*. Le jour de ses évacuations, elle a le ventre meurtri, broyé, mais elle est légère et se sent mieux. Enfin, c'est de là que date son relèvement qui se dessine nettement au moment où nous le voyons.

Actuellement, tout le canal alimentaire est en train de revenir sur lui-même, de régulariser son calibre. Mais il est faible et, quand il n'est pas excité par les aliments, il s'affaisse, donne le sentiment du vide abdominal. N'oublions pas le rôle joué au début par la grossesse d'abord, puis par l'expulsion du fœtus. En d'autres termes, la tension abdominale a oscillé principalement sous des influences étrangères à la tonicité des parois du tube digestif; la distension de la paroi abdominale par la grossesse, ensuite par l'obésité, a joué un rôle néfaste. D'où la nécessité de corriger cette défectuosité par une bonne sangle.

Quant au tube digestif lui-même, il ne demande qu'à reprendre ses fonctions normales, en raison de la jeunesse et de la vigueur de la malade :

Diminution des boissons, régularité dans la quantité des aliments, régime peu excitant à cause des tendances aux congestions, et repos horizontal pour soustraire à l'action de la pesanteur toute la masse du tube digestif encore faible: tels sont les moyens que la clinique nous invite à mettre en œuvre[1].

B. — Mme X..., quarante-quatre ans. — Trois grossesses.

Voici une malade dont l'histoire est fort suggestive et d'une grande clarté pour qui connaît l'évolution naturelle de la dyspepsie.

On peut diviser son observation en trois parties :

1° De la naissance à la maternité ;

2° De la maternité (vingt-quatre ans) à une crise de coliques

[1] Cette malade a été revue le 4 avril et le 5 mai. A cette dernière date, nous formulons ainsi le résumé de notre examen : « Plus de douleurs, retour des forces, de l'entrain et de la gaîté; digestion à peine laborieuse. »

hépatiques (?), qui a marqué le début de la déchéance (quarante et un ans);

3° De cette crise au moment actuel.

1° Enfant, non encore menstruée, elle nous signale un seul accident: souvent, le matin, pendant la messe, elle perdait connaissance, se sentait « en aller » ; on l'emportait au grand air, où elle reprenait vite ses sens.

Apparition des règles à treize ans. Chaque époque était le signal de malaises très pénibles, douleurs abdominales, maux de cœur et vomissements bilieux. Elle en avait pour quinze jours avant d'être remise.

De dix-huit à vingt-quatre ans, maux d'estomac très fréquents et constipation opiniâtre.

2° La maternité enlève les maux d'estomac et fait disparaître les douleurs menstruelles.

Les deux ou trois premiers mois de la première grossesse sont mauvais et accompagnés des malaises habituels de la grossesse : maux de cœur, inappétence, violents maux de reins qui l'obligent à garder le lit toute la journée; déviations du goût.

Les deux autres grossesses, arrivées coup sur coup, se passent sans aucun des malaises précédents.

Après la première grossesse, la malade reste grasse et grosse : « Il ne semblait pas que j'eusse accouché. » Les deux autres grossesses ne modifient pas l'embonpoint. La digestion reste toujours lente et les vomissements sont fréquents : elle vomit pour rien, surtout de *l'eau salée*.

A trente-six ans, elle perd son mari, en éprouve un violent chagrin : elle maigrit un peu et d'une façon progressive ; ses troubles digestifs s'aggravent et elle se sent faiblir.

3° A quarante et un ans, elle prend tout à coup, le soir, de violentes douleurs dans l'hypochondre droit; ou plutôt, la malade nous montre que ces douleurs commencèrent dans le côté droit pour envelopper toute la taille. On la soigne et ces douleurs, contrairement à l'avis du médecin qui lui en avait prédit le retour, disparaissent pour ne plus revenir. Mais, à partir de ce jour, elle perd rapidement son embonpoint (10 kilogrammes). A ce moment, fait au mois de mai une première cure à Vichy ; revient très malade ; la faiblesse était la note dominante, elle ne pouvait

se tenir debout ni marcher. Ce mauvais état persiste pendant huit mois, et ce n'est qu'au mois d'octobre, sous l'influence bienfaisante d'une cure de raisins, qu'elle se relève au point d'être dans un état de santé vraiment satisfaisant. L'année suivante, nouvelle cure à Vichy ; aucun effet appréciable ; la bonne santé persiste après comme avant.

Depuis quatre mois, sans cause appréciable, la voilà de nouveau malade : l'exercice, la marche, le travail manuel lui ramènent des vomissements aqueux d'abord, puis alimentaires, si elle n'a pas soin de se reposer au premier indice de vomissement.

Elle porte une ceinture, sans laquelle elle ne pourrait pas marcher. Elle résume ainsi les effets de la sangle : « Sans ceinture, je prends des maux de reins, le ventre me tombe, je me sens faible et les vomissements surviennent ». Sensation de gêne épigastrique, avec ballonnement et essoufflement après le repas, bâillements et besoins de prendre trois ou quatre heures après. Boit un litre de lait par jour ; se sent une grande faiblesse d'estomac ; étant en voyage, il lui est arrivé d'être obligée de s'arrêter chez des gens quelconques pour prendre un œuf ; elle se sentait défaillir.

Examen objectif. — L'abdomen est bosselé, asymétrique dans sa portion sous-ombilicale ; hypotension très accusée. Côlon ascendant affaissé avec empâtement au niveau de l'angle droit qui paraît abaissé ; douleur au même niveau et sur le trajet du côlon descendant qui est rétréci sous forme de corde. La limite inférieure de l'estomac dépasse un peu l'ombilic : clapotage et vaste flot. Douleur provoquée sus-ombilicale. On perçoit difficilement une pointe de rein mobile à droite (la paroi abdominale se contracte énergiquement). Les conjonctives sont à peine subictériques ; le teint est assez frais. État général assez bon en apparence. La malade a quarante-quatre ans. Cette dernière fois, ses règles, généralement normales, ont traîné quinze jours, ce qui l'inquiète. Langue un peu étalée et couverte d'une assez épaisse couche grisâtre sur un fond pâle ; dort bien ; appétit irrégulier ; grand besoin de varier. Ne peut retarder son repas de midi : « Je dîne où je me trouve. »

En définitive, ce qui l'incommode surtout, ce sont les vomissements, qui surviennent dès qu'elle se livre à un travail quelconque.

Va assez bien à la selle et prend souvent de la limonade Rogé (quatre ou cinq fois par mois, souvent deux jours de suite). Des détails précis, on ne peut en avoir, la malade étant de celles qui ne s'écoutent pas.

Les grandes étapes de cette évolution morbide sont faciles à suivre et à comprendre :

Enfant, elle a des lipothymies par faiblesse digestive, par diminution de la tension abdominale, lipothymies par tendance au vide abdominal, de ces lipothymies qui surviennent à jeun chez les individus dont les fonctions digestives laissent à désirer.

La menstruation vient grossir ces symptômes de dyspepsie latente, à chacune de ses périodes. Puis ce sont des crises d'estomac; cet organe entre en scène, alors que l'intestin fonctionnait mal depuis longtemps déjà. Mais on sait combien le début des accidents intestinaux est généralement silencieux; seul un examen abdominal, dans l'espèce, était capable de les révéler au médecin. Ceci est un point de pratique capital.

La première grossesse amène d'abord une recrudescence de l'atonie digestive : d'où les malaises des premiers mois. Puis, le globe utérin augmente de volume, arrive à accroître la tension abdominale au point de permettre l'établissement d'une compensation si heureuse que deux grossesses successives et rapprochées ne peuvent apparemment l'entamer; toutefois, des troubles digestifs persistent, malgré l'embonpoint.

Et cette compensation ne commence à faiblir qu'à trente-six ans, à la suite d'un gros chagrin. La déchéance est progressive et la faillite a lieu à quarante et un ans, et se traduit par une crise de colalgie, spasme douloureux du côlon, qui traduit une impuissance motrice subitement accrue de cet organe, sous l'influence d'une hypotension arrivée à ses limites ultimes.

A partir de ce moment, amaigrissement rapide, faiblesse extrême, inappétence, vomissements, etc., tous signes d'une insuffisance réelle de la mécanique digestive. Un repos de huit mois et surtout une cure de raisins lui rendent un bon état de santé, ce qui atteste chez cette malade une force encore grande de l'état général et en particulier du tube digestif ; son âge peu avancé nous explique cette particularité, à savoir un relèvement véritable dans la période d'*asystolie* digestive.

Depuis quatre mois, voilà que ce relèvement, que personne n'a compris, commence à faire place à une nouvelle phase d'insuffisance digestive : le lait qu'a pris la malade, l'absence de régime alimentaire bien dirigé et peut-être aussi les purgatifs salins pris inconsidérément nous semblent avoir précipité réellement la fin de cette bonne période, qui eût pu être définitive si les faits que nous venons d'énumérer avaient inspiré la thérapeutique et l'hygiène de cette malade.

Néanmoins, ce retour des malaises est récent, la malade est encore jeune ; l'état général n'est pas mauvais à proprement parler ; la localisation digestive est pure de toute complication, même hépatique : pour tous ces motifs, notre pronostic est bon et nous comptons sur un retour assez prompt d'un état de santé suffisant.

Dans ce cas, le traitement sera simple :

1° Une sangle, munie d'une bonne pelote, va augmenter la tension abdominale d'une façon heureuse pour le fonctionnement digestif ; d'ailleurs, la malade déclare que cette ceinture lui est indispensable ; sans ceinture, elle ne pourrait pas marcher ;

2° Un régime *indifférent*, excitant peu le tube digestif : viandes blanches pour l'ordinaire ; viandes noires, deux ou trois fois par semaine, à titre de tonique ;

3° Diminution des boissons et suppression du lait qui augmente l'atonie ;

4° Du repos horizontal, surtout après les repas, afin qu'aucune oscillation de la statique digestive ne vienne troubler la progression des aliments et amener des vomissements;

5° Une cure d'air et de raisins, dans la belle saison, achèvera de raffermir la tonicité du canal alimentaire et rendra définitif un fonctionnement subnormal, proportionné aux besoins d'une vie que devra régler une hygiène spéciale.

Il est évident qu'une restitution *ad integrum* serait une chimère à poursuivre; cette malade se trouvera guérie; mais, en réalité, le devoir du médecin sera de lui faire comprendre que sa guérison est toute relative et de lui imposer un genre de vie en rapport avec les forces digestives disponibles.

V

Les troubles digestifs sont toujours plus anciens qu'on ne serait tenté de le croire et, dans la majorité des cas, on leur point de départ dans l'enfance.

La dyspepsie infantile est silencieuse ou n'a qu'une symptomatologie discrète, ce qui explique le rôle effacé qu'elle a joué jusqu'à présent. Les malades adultes ne parlent que peu ou pas des accidents de leur enfance et les médecins ne cherchent pas de ce côté.

A la lumière de ces notions cliniques, l'observation suivante, qui semble banale au premier abord, puis incompréhensible, si on cherche à l'approfondir, devient au contraire pleine d'intérêt et d'une interprétation facile.

Voici les grands traits ou mieux les seuls traits de cette histoire, d'ailleurs remarquable par la sobriété.

Trente-deux ans, marié et père de famille; enfance exempte de toute maladie ; mangeait *beaucoup ;* est resté gros mangeur. A dix-neuf ans, *fièvre muqueuse* qui dura trois mois; un an après, une

jaunisse. Passe *trois ans* au régiment sans être malade. A toujours été *facile à l'essoufflement;* mais celui-ci augmente ces derniers temps d'une façon inquiétante. Quand il a monté un escalier, il ne peut plus parler. Depuis six ou sept ans, éprouve des *douleurs de reins* qui l'obligent parfois à s'arrêter brusquement dans un effort; ainsi il lui arrive, en essayant de charger sur ses épaules un panier de bouteilles de champagne (50 kilogrammes), d'être obligé de tout lâcher à cause d'une douleur vive et soudaine dans le milieu ou à gauche de la colonne lombaire.

Depuis la même époque, il a ressenti sept ou huit fois, à des intervalles éloignés, « un feu à l'estomac », ce qui lui donnait envie de boire de l'eau froide ; ce feu apparaissait vers trois heures de l'après-midi et ne disparaissait que vers six ou sept heures, pendant une période de trois, quatre, cinq jours consécutifs. Remarque curieuse : le malade nous fait observer que cette sensation apparaissait les jours de « vie calme » alors qu'il buvait le moins et menait la vie la plus régulière. Langue pâteuse et sèche, recouverte d'un enduit jaune sale. Pharynx, luette et amygdales rouges, avec traînées épaisses de mucus. Teinte franchement ictérique des conjonctives. Accuse une grande régularité des selles. Détail à noter : celles-ci sont molles, en bouillie, *jamais moulées.* Parfois a ressenti des brûlures à l'anus, lorsqu'il avait de la diarrhée.

Marchand de vins, il est obligé de boire; jamais d'alcools ni de liqueurs, mais 2 1/2 litres de vin par jour, y compris la boisson des repas ; très altéré, soif constante. Essoufflement plus marqué après les repas.

Examen abdominal : ballonnement léger de la région épigastrique. Clapotage et flot gastriques ; la limite inférieure de l'estomac est à 2 ou 3 centimètres au-dessus del'ombilic (le malade a dîné à midi; il est deux heures et demie au moment de l'examen). Le malade a senti lui-même ce déplacement du liquide gastrique, lorsqu'il se retourne dans son lit. Il nepeut se coucher sur le côté gauche, parce que son essoufflement augmente. Si on palpe l'abdomen pendant que *le malade est distrait*, on est frappé par une hypotension nettement accusée, àla constatation de laquelle les contractions réflexes d'une bonne paroi abdominale s'opposaient dès le début de l'examen. Au fond de la fosse iliaque gauche on perçoit un cordon mou et étroit qui est le côlon

descendant rétréci et atélectasié. A droite, pas de boudin cæcal, pas d'empâtement; une douleur seulement, réveillée par la palpation dans un point fixe correspondant au bord externe du cæcum. La palpation profonde de l'hypochondre droit augmente beaucoup l'oppression et est insupportable au malade. Rien de semblable à gauche. Le décubitus horizontal fait naître des sibilances laryngo-trachéales, de la toux et des crachats de mucosités. Crache beaucoup au réveil; dort facilement et beaucoup. Se plaint enfin d'avoir la voix éraillée, de ne pouvoir sans difficulté parler un moment. État d'embonpoint normal, face colorée, cheveux déjà fortement grisonnants. Rien au cœur ni aux poumons; quelques palpitations de cœur par l'effort; urines normales.

Voilà un homme en apparence bien portant, qui ne se plaint que d'*être essoufflé* et d'avoir la *bouche mauvaise*, au point de ne pouvoir faire la dégustation des vins.

L'interrogatoire ne révèle, au point de vue de la digestion, que des brûlures d'estomac se montrant à de rares intervalles.

Le résultat de l'examen du ventre semble de prime abord en contradiction avec nos idées : ventre bon, sans hypotension et pas d'obstacle cæcal; l'estomac seul est dans un état pathologique. Nous aurions pu conclure à une dilatation d'estomac, et cela avec toutes les apparences de la logique.

Mais, poussant plus loin notre investigation, soit pour rechercher l'état de la tension abdominale, soit pour trouver la stase cæcale, nous nous apercevons bientôt que le ventre est très mou et que son apparence de fermeté est due à une paroi forte, non encore distendue, chez un sujet jeune; puis, ne nous en tenant pas à l'affirmation pure et simple de régularité des garde-robes donnée par le malade, nous apprenons que les selles sont en bouillie et jamais moulées. Voilà deux petits faits qui, dans l'espèce, ont une importance capitale.

L'hypotension dénote l'ancienneté des troubles digestifs et la mollesse des garde-robes, un état irritatif particulier du côlon qu'on observe à une période avancée de la maladie et

qui explique l'exonération quotidienne, quoique incomplète, de l'intestin sous forme de matières non moulées. Avec de telles garde-robes, on n'a jamais de boudin cæcal; celui-ci ne peut se former à cause de cet état *irritatif* d'un côlon plus ou moins distendu par une accumulation de gaz, de liquides sécrétés et de résidus alimentaires, le tout étant expulsé sans véritable péristaltique de l'organe[1].

Ces deux faits acquis, remontons plus haut dans le passé de notre malade; nous apprenons qu'il a toujours été gros mangeur et gros buveur, qu'à dix-neuf ans il a eu une fièvre typhoïde et à vingt ans une jaunisse. *Toute sa vie* il a surmené son tube digestif; la *stase cæcale* a existé à un moment donné et sur cette stase est venue se greffer la fièvre typhoïde, ce qui est une loi générale en clinique. Puis, cette pyrexie a laissé après elle une péristaltique digestive encore plus affaiblie: l'épisode jaunisse en témoigne. Silence du tube digestif pendant le séjour au régiment, soit à cause de la sobriété forcée de l'alimentation, soit à cause de la vigueur de la constitution qui, ajoutée à la jeunesse, a permis un relèvement momentané des forces digestives. Au retour du régiment, le surmenage alimentaire recommence et en même temps une accentuation de l'oppression, des tiraillements ligamenteux du tube digestif qui expliquent les maux de reins, puis des brûlures d'estomac et une langue pâteuse.

Il y a lieu de noter cette apparition des brûlures d'estomac au moment où le malade fait le moins d'écarts de boisson.

[1] Sous l'influence du traitement, c'est-à-dire de l'hygiène des aliments et des boissons, nous allons assister à la réapparition du boudin cæcal en même temps qu'à la disparition de la plupart des symptômes; c'est un fait que nous avons observé bien souvent et qui se comprend facilement: l'irritation du tube digestif va disparaître: les sécrétions glaireuses du côlon vont se tarir, les résidus alimentaires cesseront en quelque sorte d'être délayés par les liquides glandulaires et, la parésie intestinale restant seule, nous aurons une accumulation de matières sèches dans le cæcum et le côlon, les parois s'affaisseront, s'atélectasieront par absence de dilatation des gaz, et ainsi se trouveront créées toutes les conditions de stase cæcale et de formation du boudin cæcal, conditions d'ailleurs réalisées dans le cas présent, au début de la maladie, à une période antécédente de son évolution.

Voilà un fait, en apparence paradoxal, que nous pouvons expliquer très simplement : en même temps qu'il fait des écarts de boisson, le malade a une vie très active qui en neutralise les mauvais effets dans une certaine mesure; car il est aisé de comprendre que l'exercice accélère franchement la péristaltique digestive et s'oppose ainsi à la stase gastrique, première condition pathogénique des brûlures. La vie calme, au contraire, favorise cette stase: d'où « le feu à l'estomac », pendant ces moments, accusé par notre malade.

Un petit point d'étiologie vaut de n'être point laissé dans l'ombre: nous croyons que cette forme de dyspepsie *irritative* est due aussi pour une part à l'abus du vin. Mais, à nos yeux, le vin joue seulement le rôle de cause seconde, la cause première étant dans le tempérament du sujet qui est de forte constitution et, par conséquent, prédisposé à voir s'épuiser les efforts de la dyspepsie ailleurs que sur les ligaments du tube digestif et de ses annexes.

En un mot, l'irritation des voies digestives est la traduction du contact trop prolongé des aliments d'abord, et du vin ensuite, avec la muqueuse du tube digestif.

Cette longue discussion sur un cas simple et banal nous a permis de mettre en évidence toute la fécondité d'une doctrine purement clinique et d'en faire ressortir l'immense portée pratique. Voilà un malade qui eût passé inaperçu aux yeux d'un praticien non prévenu, pour lequel aucune thérapeutique rationnelle n'eût pu être établie et surtout aucun pronostic formulé. Et cependant, en réalité, la situation de cet homme est grave, son avenir est gros d'accidents sérieux et variés ; et une hygiène rigoureuse autant que simple peut, à cette période de la vie du malade, rendre à son organisme toute sa vigueur et étouffer dans l'œuf toute une série d'épisodes morbides.

VI

L'accouchement est, chez la femme, le principal facteur de l'hypotension abdominale.

C'est *une cause résidant en dehors de la musculature propre du tube digestif:* tel est le fait capital, que le clinicien ne doit pas oublier. En effet, on peut se trouver en présence d'une faiblesse digestive paraissant avancée, se traduisant par des signes grossiers de *stase gastro-cæcale*, alors que fondamentalement la mécanique digestive est encore puissante; et, si elle est momentanément parésiée, c'est qu'elle a été mise en échec du jour au lendemain par le fait d'une brusque et considérable diminution de tension abdominale d'origine obstétricale.

L'accouchement est à la fois une cause pathogénique de premier ordre et une des conditions les plus propres à commander ultérieurement la bénignité du pronostic et la hardiesse de l'intervention.

Mme R..., de Roanne, vingt-sept ans. — Se présente à nous le 29 janvier 1894. Séance tenante, nous prenons l'observation suivante :

Élevée par une nourrice ; a eu successivement toutes les maladies aiguës de l'enfance. A treize ans, coqueluche, qui l'a rendue très malade *pendant plusieurs mois.*

Réglée à onze ans, sans accidents.

A dix-huit ans, début des malaises actuels par une douleur au-dessus du sein gauche, de l'inappétence, des crampes d'estomac, deux ou trois heures après le repas, et de l'irrégularité des règles.

Une seule grossesse à vingt ans. Pendant la durée de cette grossesse, *bonne* santé. Après l'accouchement, longue période de *faiblesse générale*, avec maux de reins qui ont persisté jusqu'à ce jour.

A commencé à engraisser à vingt-trois ans et engraisse toujours, surtout depuis quelques mois. A dix-huit ans, elle pesait 52 kilogrammes ; son poids actuel est de 75 kilogrammes (elle est de petite taille). Elle a surtout grossi *du ventre*, dont le volume, au dire de la malade, est disproportionné avec l'obésité.

Depuis un an, alternatives de constipation et de diarrhée. Auparavant, constipation de date très ancienne.

Teint jaune, face bouffie, ictère des conjonctives, langue saburrale, bouche mauvaise. Constamment altérée, elle boit beaucoup. *Crampes d'estomac* tous les jours une heure ou deux après le repas de midi ; elles durent une demi-heure ou une heure, quelquefois plus, et disparaissent, laissant un *malaise général*. Pas de crampes après le souper, au lit.

Examen objectif. — Dans le décubitus horizontal, l'abdomen *s'étale* et *tombe* dans la station verticale.

Épreuve de la sangle nettement positive.

La palpation abdominale réveille partout des douleurs très vives, surtout accusées dans le côté droit et sur le trajet du côlon dont on perçoit le *relief mou*, de 3 ou 4 centimètres de diamètre.

Le cæcum paraît flottant et rapproché de la ligne médiane. La cavité gastrique est surdistendue ; on a la sensation de flot très manifeste. La palpation au niveau de la région gastrique, près de la ligne médiane, est extrêmement douloureuse.

La palpation abdominale oppresse la malade et ne peut être continuée le temps nécessaire. Elle augmente en outre la *douleur lombaire*, qui siège au-dessus de la saillie fessière.

On ne trouve pas de rein mobile.

Rien à l'examen ni du cœur, ni des poumons, ni du foie.

12 *février*. — Sous l'influence d'un traitement comportant une bonne sangle ; une diminution notable de la quantité des boissons, un régime simple où la quantité et la qualité des mets de chaque repas sont réglées, des laxatifs végétaux et minéraux combinés et administrés quatre fois seulement pendant une période de douze jours, une grande amélioration s'est produite. Nous trouvons notre malade dans l'état suivant :

Teint beaucoup moins janne, presque clair ; pas d'ictère des conjonctives, disparition des crises d'estomac et des douleurs

lombaires. Bon sommeil. Retour de l'appétit : mangerait davantage. Le ventre a beaucoup diminué de volume ; on est obligé de resserrer la ceinture. Langue bonne. La bouche n'est plus mauvaise.

Examen objectif. — Le ventre est beaucoup moins douloureux. La limite inférieure de l'estomac est à trois travers de doigt au-dessus du nombril ; persistance du clapotage et du flot. Empâtement sur le trajet du côlon. Palpation toujours très douloureuse.

Pour obtenir un résultat franchement heureux, en un laps de temps aussi court, il a suffi de remplir les indications suivantes :

1° Nous avons, au moyen d'une sangle, augmenté la tension abdominale, et cette sangle a eu dans ce cas son effet maximum, tout simplement parce que le désarroi, en apparence grave, de ce tube digestif était pour une grande part dû à l'abaissement de la tension abdominale, consécutif à l'accouchement. La musculature propre du tube digestif était encore dans un bon état, puisqu'elle pouvait faire les frais d'une compensation, la malade engraissant et « prenant du ventre » progressivement.

Cette intégrité relative de la musculature digestive était en outre d'autant plus admissible que d'autres raisons pouvaient encore entrer en ligne de compte :

La malade était jeune ;

Il s'agissait, en réalité, d'une première manifestation d'insuffisance de la mécanique digestive ; c'était une défaillance momentanée, plutôt qu'une faiblesse réelle, une véritable insuffisance. L'expérience nous apprend que c'est par une série de défaillances et de relèvements que la tonicité digestive arrive à l'épuisement définitif.

On saisit ainsi les motifs pour lesquels la sangle a rempli une indication fondamentale et produit un effet immédiatement heureux.

2° Un régime simple, ayant pour caractéristique principale

la diminution de la quantité des boissons, a eu un bon effet en écartant une cause importante de *ralentissement*, de *difficulté* de la péristaltique digestive : l'abondance des liquides.

3° Enfin, quelques laxatifs ont exonéré le côlon d'une certaine portion de son contenu ; d'où sa perméabilité plus facile, son poids diminué et une liberté plus grande de l'estomac pour se vider de son contenu. Les laxatifs végétaux ont en outre *réveillé* une péristaltique de plus en plus somnolente.

En résumé, nous avons obtenu un estomac qui se vide mieux, un côlon moins encombré et une tension abdominale notablement accrue.

Notre malade se trouve actuellement dans l'état où elle était pendant sa grossesse. Tous les phénomènes douloureux ont disparu.

On sent toujours un empâtement du côlon, soit à droite, soit à gauche, et cet empâtement permettrait de saisir facilement le relief du côlon, sans la douleur toujours très vive provoquée par la palpation.

Il existe à gauche et près de l'ombilic un point de douleur spontanée et provoquée ; « c'est, dit la malade, le siège de mes coliques ». Au-dessus de l'ombilic, existe un autre point douloureux à la palpation : « C'est le siège de mes crampes d'estomac » ; c'est comme *meurtri*, quand on le touche. Le reste du côlon n'est douloureux que sous notre palpation. Quand la malade se presse le ventre, elle n'éveille aucune douleur et se montre très étonnée que « nous lui fassions si mal ». C'est que le ballonnement exige qu'on fasse une palpation profonde pour atteindre le côlon.

Malgré la persistance de tous ces signes, la malade accuse une très grande amélioration : « Je me sens plus alerte, plus gaie ; je ne suis plus la même. »

L'examen des urines ne révèle ni sucre ni albumine.

12 *mars*. — La malade se présente à nous dans l'état suivant :

De violents *maux de reins*, qui l'empêchent de changer de position, apparaissent la nuit dès qu'elle est couchée depuis un moment.

A deux ou trois reprises seulement, elle a ressenti des *tiraillements* au creux de l'estomac avant le repas de midi, jamais dans l'après-midi ni dans la nuit.

Elle a *constamment appétit*, elle trouve qu'elle ne mange pas assez, et cependant elle n'a pas maigri sensiblement depuis un mois (elle pèse 72 kilogrammes).

Elle est toujours altérée, mais ne dépasse pas la quantité de boisson permise.

Sans laxatif, elle a une selle à peu près quotidienne, mais très petite ; avec la rhubarbe (60 centigrammes), elle n'a qu'une selle, mais plus abondante ; avec la rhubarbe et le mélange de sulfate de soude et de sulfate de magnésie, elle a trois selles exclusivement *aqueuses* et bilieuses.

Elle n'a plus eu de crampe d'estomac.

Elle n'éprouve aucun malaise après les repas, sauf les jours où elle mange de la viande noire (un jour sur trois) ; c'est alors une sensation de gêne, de poids au creux épigastrique, deux ou trois heures après le repas.

Langue un peu jaunâtre au milieu, légèrement irritée sur les bords, peu humide, cependant pas sèche.

Le teint reste à peu près clair, mais pâle ; pas d'ictère des conjonctives.

Elle se plaint d'avoir eu de temps en temps, dans l'après-dîner, au niveau de la région sous-hépatique, une petite colique commençant en avant et finissant en arrière, colique assez douloureuse pour l'empêcher de respirer, l'obliger à s'asseoir et à interrompre la conversation pendant quelques minutes.

A l'examen objectif, on est frappé de l'existence d'un volumineux empâtement, très douloureux et facile à suivre sur tout le trajet du côlon.

L'estomac n'est ni distendu ni clapotant ; la sonorité en dépasse à peine les fausses côtes en bas.

La suite de cette observation n'est pas moins instructive et aisée à comprendre que le commencement. N'ayant pas sous la main la malade, qui habite loin de Lyon, et escomptant un peu son âge peu avancé, nous avions jugé à propos de provoquer une lente déplétion du côlon au moyen de petites doses de laxatifs; nous comptions un peu sur la nature pour aider nos moyens artificiels et surtout nous craignions qu'une brusque déplétion ne s'accompagnât d'une diminution trop grande de la tension abdominale, ce qui aurait pu soulever une tempête douloureuse dans un abdomen fortement déséquilibré.

Or, il est arrivé que, sous l'influence du régime, de la diminution des boissons et de la sangle, l'estomac est revenu sur lui-même au point de n'offrir d'une part que des dimensions peu exagérées, et d'autre part que des manifestations douloureuses négligeables. C'est là un résultat positif, dont la valeur n'est pas discutable.

Quant au côlon, il est resté à peu près ce qu'il était, c'est-à-dire surchargé outre mesure, tendu et douloureux ; la dose de rhubarte prescrite n'a réussi qu'à l'exciter mollement au point de provoquer chaque fois une selle un peu plus abondante que de coutume, mais sans nulle comparaison avec la masse accumulée; elle a en outre accru son irritabilité, et la preuve en est dans les petites coliques sous-hépatiques survenant au moment où l'arrivée de nouveaux résidus sollicitait un fonctionnement de cet organe. Quant au mélange de sulfate de soude et de magnésie, pris une ou deux fois par semaine, son effet s'est traduit par trois selles purement aqueuses, c'est-à-dire non évacuantes. En définitive, le côlon est toujours dans un état de réplétion anormale et ne semble point disposé à s'exonérer spontanément. Cette tension du côlon par surcharge nous explique les violents maux de reins accusés par la malade.

Que faire pour achever cette guérison?

Le moment nous semble venu d'agir un peu énergiquement: l'estomac est dans un bon état ; le ventre est soutenu par une bonne sangle (il aurait d'ailleurs diminué un peu. au dire de la malade), toutes conditions excellentes pour opérer une véritable décharge, sans craindre les effets d'un grand et soudain abaissement de la tension abdominale. En conséquence, nous avons prescrit deux prises de 45 centigrammes de calomel, à prendre par doses fractionnées, à trois jours d'intervalle.

L'usage exclusif des viandes blanches a été également conseillé, pour ne point irriter les voies digestives et prévenir toute espèce de spasme.

25 *avril*. — Évacuation abondante sous l'influence du calomel et disparition *immédiate* des maux de reins.

Grande amélioration. Diminution progressive du ventre. Le teint est clair. Aucun trouble subjectif d'origine gastrique.

Le gros intestin reste seul paresseux, et nous estimons que deux ou trois mois encore de soins assidus vont rendre à cette malade sa santé antérieure.

VII

Nombreux sont les dyspeptiques migraineux, et pas un migraineux qui ne soit dyspeptique, qui ne présente les signes objectifs de la dyspepsie.

L'ingestion des aliments atténue ordinairement la douleur hémicranienne.

Dans un autre ordre d'idées, les pyrexies modifient le plus souvent l'état migraineux et sont le point de départ d'une diminution de la violence ainsi que de la fréquence des accès.

Qui dit migraine dit stase gastro-colique en quelque sorte

active, avec spasme et lutte dans le sens d'une évacuation des résidus accumulés et dans l'estomac et dans le cæcum.

L'atonie progressive, la flaccidité croissante de ces deux réservoirs, marchent de pair avec l'atténuation de l'état migraineux.

Disparition spontanée de la migraine signifie vieillesse, faiblesse plus grande du tube digestif.

La migraine est un signe de *force relative*.

Le 9 mai 1893 se présente à notre consultation un jeune homme de vingt-huit ans, de taille moyenne, d'apparence vigoureuse. Voici le langage qu'il nous tient tout d'abord : « Depuis trois semaines je ne mange plus, et, quand je mange, ou je vomis ou je vois mon ventre ballonner d'une façon extraordinaire pendant deux ou trois heures. » Depuis huit jours, il a la diarrhée : cinq ou six selles pendant le jour et sept ou huit pendant la nuit.

A toujours été *gros mangeur* et *gros buveur ;* nullement alcoolique.

Il y a douze ou treize ans, à la suite d'une baignade, aurait été atteint de surdité passagère. Depuis cette époque également, a la *migraine* tous les jours : « C'est comme si j'avais reçu un coup de marteau sur la tête. »

Influenza il y a quatre ans. A la suite de l'influenza, la *migraine* a presque disparu ; les derniers temps, elle était devenue un peu moins fréquente et le malade trouvait parfois quelques jours de répit.

En revanche, l'influenza a laissé à sa suite les malaises suivants :

Une bronchite qui a duré deux ans et que l'eau-de-vie de marc a guérie ;

Un point douloureux au flanc gauche ;

Des crampes d'estomac, survenant à la fin de la journée et pendant la nuit ;

Des sueurs abondantes et fétides aux pieds ;

Des maux de reins, au réveil seulement ;

Une accentuation progressive de l'embonpoint ;

Du gonflement après les repas ;

Deux ou trois selles par jour.

Il y a deux ans, coliques de plomb qui ont duré six jours : le malade exerce la profession de plombier.

Il avoue avoir toujours été bilieux ; il vomissait souvent de la bile, le matin.

Depuis huit jours, c'est-à-dire depuis le début de la diarrhée, le malade sentait « que son ventre tombait » ; aussi s'est-il mis une ceinture de flanelle.

Langue sale, pâteuse. Soif la nuit. Teint jaune, terreux. Conjonctives nettement ictériques.

Examen de l'abdomen. — Ballonnement très accusé, gros cordon sigmoïdal douloureux, nettement perceptible sur le bord externe du grand droit. Empâtement cæcal avec gargouillement, et douleur à la palpation. Estomac gonflé, distendu, atteignant l'ombilic, sans clapotage.

Traitement. — Régime composé de viandes rôties ou grillées, de légumes verts et de fruits cuits à midi ; des œufs et un potage le soir.

Laxatifs quotidiens pendant la première semaine, répétés tous les deux jours seulement pendant la seconde semaine.

Promenade au grand air, immédiatement après les repas.

Enfin, réduction de la quantité des boissons à un verre et demi à midi et un demi-verre le soir.

9 *juin* 1893. — Le malade nous arrive transformé : le teint est frais, l'œil est bon et limpide. Au bout de deux ou trois jours de traitement, plus de diarrhée ni de ballonnement du ventre, après les repas. Actuellement nous notons la disparition :

Du point douloureux dans le flanc gauche ;

Des crampes d'estomac. Le malade accuse, en se levant, et de dix heures à onze heures, un besoin de prendre qui va jusqu'au délabrement ;

Des maux de reins.

Enfin, il a maigri de 8 kilogrammes en un mois ; ce dont il ne se plaint pas, attendu qu'il a pu fournir pendant ce mois, sans en être incommodé, un travail absolument exagéré. L'an passé, à la même époque, il avait beaucoup souffert des mêmes travaux. Sa femme

nous affirme que, depuis leur mariage, c'est-à-dire depuis cinq ans, elle n'a jamais vu son mari aussi vaillant, aussi bien portant.

Il n'a eu la migraine qu'une seule fois, il y a environ trois semaines : il a été pris, à son réveil, d'une douleur très vive dans les zones orbitaires avec violente envie de vomir. Le repas de midi a tout fait disparaître.

Les laxatifs et les lavements ont amené chaque fois deux selles en moyenne, selles en bouillie, jamais moulées, et accompagnées d'une grande quantité de glaires. Sans laxatif, une seule selle le matin, peu abondante.

Le malade a remarqué que les jours où il prend de la poudre laxative il est souvent obligé de se lever de table à midi pour aller à la selle. Le sommeil est excellent, bien meilleur qu'avant le traitement.

Il a de temps en temps la bouche pâteuse le matin.

Aujourd'hui, langue complètement dépouillée, un peu rouge, comme vernissée. Les conjonctives très légèrement subictériques.

Examen de l'abdomen. — Il persiste un peu de ballonnement, dont le malade ne se rend d'ailleurs pas compte. Il affirme n'être un peu gonflé que les jours de violent appétit, où il mange vite et en quantité dépassant la limite imposée.

Clapotage gastrique sans distension véritable. Rien à la palpation au niveau du cœcum. On perçoit le côlon descendant rétréci, sur le bord externe du grand droit. Pas de douleur nulle part. Léger degré d'hypotension, qui rend l'exploration abdominale assez facile.

Nous conseillons au malade de suivre le même régime pendant quelques mois encore, de veiller à la *quantité* de chaque selle et de prendre de temps en temps les mêmes laxatifs, déjà prescrits.

Subjectivement, il est guéri ; objectivement, il reste du côté de l'abdomen quelques signes qui vont disparaître, sans nul doute, à bref délai, par le traitement rationnel, dont les bons effets ont été si prompts et si remarquables.

Nous croyons inutile de citer d'autres faits et préférons aborder immédiatement l'*étude clinique de la migraine.*

Migraine. — Le syndrome bien spécial, connu sous le nom de migraine, est sous la dépendance directe des fonctions digestives. Pour s'en convaincre, il suffit d'analyser complètement un malade ne présentant qu'un complexus pathologique simple dont la note dominante soit la migraine, un malade jeune autant que possible ; il faut en outre que l'analyse porte sur l'état des voies digestives avant, pendant et après l'accès migraineux. Inutile d'ajouter que cette dernière partie de l'analyse, seule capable de faire éclater la vérité, n'a jamais été faite.

Le migraineux que nous avons en vue est donc un dyspeptique peu avancé, si c'est un Faible, ou encore dans un état satisfaisant, si c'est un Fort.

Avant l'accès, pendant les deux ou trois jours qui le précèdent, le sommeil n'est plus aussi bon, les réveils sont fréquents ; pendant le jour on constate une sorte d'excitabilité nerveuse qui contre-balance l'insuffisance du repos nocturne, parfois une activité fébrile dans le travail soit manuel, soit intellectuel ; c'est comme un besoin de mouvement, de changement, une sorte d'instabilité avec diminution du plein pouvoir de la volonté. L'appétit ou plutôt le besoin de prendre a augmenté ; une fois à table, on ne s'arrête plus de manger. Puis, parallèlement, les selles deviennent ou plus rares ou moins abondantes ; au lieu d'une selle normale le matin, ce sont deux ou trois petites selles de quantité réduite, soit après les repas, soit dans le milieu de la soirée. Ce sont des signes de pléthore, plus accentuée que d'ordinaire, après les repas : rougeur de la face, apathie générale, somnolence, gonflement épigastrique. Le 2e, le 3e, ou le 4e jour, une douleur fixe au niveau d'une arcade sourcilière se manifeste au réveil ; léger écœurement avant les repas ; l'ingestion des aliments calme momentanément et l'écœurement et la douleur ; les deux phénomènes réapparaissent plus violents une heure ou deux après le repas et s'accompagnent de frilosité ; ils vont en augmentant, et le plus souvent, vers quatre ou cinq heures après le souper, l'ac-

cès de migraine éclate : maux de cœur violents, sensation de brisement, d'éclatement du crâne ; le moindre mouvement, la lumière vive, les odeurs un peu accusées accroissent ces sensations horriblement pénibles. Le sujet ne peut plus rien, si ce n'est se coucher et rester dans l'immobilité la plus absolue.

Pendant l'accès de migraine, il n'est pas rare de voir alterner avec les nausées un besoin d'aller à la selle, dont la satisfaction apaise momentanément les symptômes les plus pénibles, en particulier les maux de cœur. Parfois, la migraine avorte après une évacuation intestinale un peu copieuse. L'accès est encore remarquable par la répugnance absolue qu'inspire au malade toute espèce d'aliments, alors qu'avant l'accès il y avait un besoin de prendre exagéré et une sédation de la douleur par l'alimentation. Cette particularité, en apparence banale, mérite d'être prise en sérieuse considération, en raison de la lumière qu'elle jette sur la pathogénie de la migraine, comme nous le montrerons plus loin. L'accès franc de migraine a une durée variable de plusieurs heures et son mode de terminaison le plus naturel, c'est le vomissement ; il s'agit généralement d'un vomissement abondant, contenant les aliments, non seulement du dernier repas, mais encore, *fait capital*, des repas ingérés deux, trois, quatre jours auparavant.

Signalons la possibilité de faire avorter la migraine par le repos et la diète ; la suppression d'un ou de deux repas et une bonne nuit remettent dans un état normal bon nombre de migraineux. Le repos horizontal, dans l'immobilité absolue, a parfois une influence des plus heureuses, de même que les mouvements sont une cause d'exaspération de la douleur.

Quoi qu'il en soit, une migraine, qui n'a pas été arrêtée dans son évolution, se termine par le vomissement et souvent par une exonération parallèle du gros intestin : telle est sa caractéristique au point de vue clinique.

L'accès terminé, un sommeil de plomb envahit subitement le patient, sommeil continu de plusieurs heures. Au réveil, sensation délicieuse de bien-être que le malade savoure et accepte comme une véritable compensation à ses souffrances; il se sent alerte, léger, dispos pour le travail; la langue est pâteuse et blanche; le premier repas balaye cet enduit et ouvre l'appétit. Parfois, souvent même, l'appétit est franchement exagéré.

L'exagération de l'appétit, après l'accès de migraine, mérite de nous arrêter un instant; c'est un danger pour le malade en même temps qu'un enseignement pour le médecin. L'appétit anormal relève en effet du *vide abdominal*, produit par les évacuations gastrique et intestinale de la fin de l'accès. Si on s'est appliqué à faire avorter cet accès par des drogues ou par des moyens hygiéniques, tels que le repos, le sommeil, la diète, on n'arrive pas au vide abdominal et l'appétit reste alors ce qu'il était. De même, la souffrance a disparu, mais le malade n'accuse pas ce bien-être spécial aux lendemains de migraine. D'un autre côté, l'appétit augmenté pousse le malade à manger plus que de raison et à préparer de nouveau l'encombrement gastro-colique, substratum et cause d'un nouvel accès de migraine.

Car le syndrome migraine, cela n'est pas douteux, correspond aux efforts d'un estomac et d'un côlon momentanément encombrés et cherchant à se vider de leur contenu.

Avant la migraine les selles se raréfient, l'estomac se vide incomplètement après chaque repas; le tirage gastro-intestinal diminue, les stases s'accentuent, les parois du canal alimentaire se laissent distendre; c'est une phase de *passivité*.

Pendant l'accès, la tonicité s'est ressaisie; la distension ayant été poussée à ses limites extrêmes, l'estomac et le côlon cherchent à se débarrasser du poids qui les oppresse; c'est une phase d'*activité*.

Après l'accès, le tube digestif est vide ou à peu près d'ingesta

solides et liquides; ses parois, muscles et muqueuses, se trouvent de nouveau dans leurs conditions normales de vitalité (on suppose qu'il s'agit d'un malade jeune et encore vigoureux); la tension abdominale a retrouvé son équilibre; d'où la sensation de bien-être physiologique.

Si l'on étudie, non plus seulement un accès isolé de migraine, mais l'évolution générale de la migraine pendant la vie entière d'un malade, on trouve une confirmation bien frappante de la pathogénie que nous venons d'esquisser. La migraine est un accident pathologique de l'âge moyen de la vie; l'enfant n'a pas la migraine, le vieillard est rarement migraineux, ou, s'il l'est encore, sa migraine est atténuée, beaucoup moins fréquente qu'autrefois ou encore modifiée, avec des allures bâtardes. C'est une céphalée subcontinue avec des paroxysmes, et non une migraine franche. Tel est l'enseignement de la clinique. Comment l'interpréter?

Il n'y a pas de migraine sans troubles préalables des fonctions digestives, sans *dyspepsie*. Or, dire que la migraine présente son maximum d'intensité et de fréquence à l'âge moyen de la vie, c'est affirmer qu'elle est un accident pour ainsi dire *secondaire* de la dyspepsie, les accidents *primitifs* passant longtemps inaperçus chez les *Forts* et débutant avec la vie chez les *Faibles*. La migraine est donc à la fois un signe de *force* et de *faiblesse* : de *force*, parce qu'elle trahit les efforts de l'estomac et du côlon pour surmonter une surcharge momentanée; de *faiblesse*, parce que ces deux cavités sont déjà suffisamment lésées dans leur tonicité pour avoir des moments de complète défaillance et pour devenir le siège d'un *encombrement aigu*, si nous pouvons nous exprimer ainsi.

Les observations nous apprennent que la migraine apparaît le plus souvent entre quinze et vingt-cinq ans; elle augmente progressivement de fréquence; puis survient une cause d'affaiblissement du tube digestif, maladie aiguë grave, accouchements successifs, ménopause, révolution morale, et l'on voit la

migraine ou disparaître complètement ou s'atténuer du jour au lendemain d'une façon que le malade estime heureuse. Notre avis est différent; disparition de la migraine signifie pour nous accroissement de la faiblesse du tube digestif, aggravation franche de l'état dyspeptique fondamental. Ce n'est plus l'encombrement passager et les efforts consécutifs de débarras ; ce n'est plus la défaillance d'un moment et le relèvement actif; c'est la déchéance permanente, l'encombrement constant sans réaction d'un appareil digestif épuisé par de longues années de lutte. La conclusion pratique de cette étude est évidente : le dyspeptique migraineux est moins gravement atteint que celui qui a cessé de l'être. Ce sont les anciens migraineux qui offrent à notre observation les plus beaux spécimens de dislocation du tube digestif ou d'hypotension abdominale (estomac forcé, côlon ne se vidant plus que par regorgement, etc.). C'est ainsi que s'explique l'étrange réponse que font beaucoup de praticiens aux gens qui se plaignent de la migraine : « Gardez-la bien, *c'est un brevet de santé.* »

Les évacuations intestinales, à la fin de l'accès de migraine, sont moins fréquentes que les vomissements. L'explication nous paraît être dans cette double notion, de l'ancienneté des troubles du côlon, troubles préexistant à ceux de l'estomac et, par conséquent, supposant des fonctions intestinales fortement compromises, et de la tolérance plus grande du côlon vis-à-vis des stases dont il est le siège. Pour bien saisir le rôle du côlon parallèle à celui de l'estomac dans la migraine, il faut observer certains sujets à peu près bien portants et qui ne sont migraineux que de loin en loin.

A propos des fonctions du côlon, nous devons signaler encore le fait intéressant suivant : un sujet devient migraineux et en même temps constipé ; avant l'apparition de la migraine pas de constipation *apparente.* La constipation reste opiniâtre pendant tout le temps que dure la migraine. Sous l'influence d'une des causes affaiblissantes du tube digestif ou par la marche

naturelle de la maladie, la migraine disparaît ou s'atténue au point de ne faire plus que de très rares apparitions; en même temps la constipation cesse et les selles se régularisent au point que le malade se croit en droit d'affirmer qu'il n'est plus constipé. Tel est un fait, en apparence paradoxal, capable de dérouter un observateur peu attentif. L'explication en est cependant des plus simples et des plus évidentes :

Avant la migraine, les selles étaient *irrégulières*, malgré l'affirmation du malade : l'étude des antécédents et des symptômes intestinaux actuels le prouve péremptoirement. Néanmoins la faiblesse du côlon était encore assez peu avancée pour permettre des contractions effectives et partant des selles de quantité insuffisante, mais de forme normale.

Pendant la période migraineuse, la faiblesse du côlon s'est compliquée de spasmes, de contractions inefficaces, ayant abouti à un rétrécissement spasmodique de l'organe ; d'où la constipation absolue.

La fin de la période migraineuse correspond à une atonie flasque du côlon aussi bien que de l'estomac : les contractions péristaltiques de ces deux organes, du côlon surtout (c'est le plus anciennement malade), sont à peu près absentes. Mais, comme aucun spasme ne s'oppose à la migration des résidus alimentaires, ceux-ci progressent, un repas poussant l'autre, par un semblant de *vis a tergo* emprunté au segment supérieur du tube digestif, toujours le moins affaibli, comme on le sait. De sorte que le malade est étonné de pouvoir aller à la selle et croit au retour de ses fonctions intestinales, alors qu'en réalité elles sont agonisantes et en voie d'extinction. Pour se convaincre de la vérité de cette affirmation, il suffit d'étudier les caractères des selles : les besoins sont impérieux, se montrent irrégulièrement le plus souvent, ou au contraire sont parfois d'une régularité excessive (tous les jours à la même heure, à une ou deux minutes près, et, si le besoin n'est pas satisfait, il faut attendre au lendemain ; les efforts volontaires sont

absolument vains) ; les matières sont de consistance variable, mélange de fragments coniques, globuleux, rubanés et de bouillie plus ou moins noirâtre et très fétide ; il y a des selles multiples dans une journée, chacune étant de quantité insignifiante ; le lendemain pas d'évacuation. Ou bien, s'il s'agit d'un gros mangeur, les selles sont énormes et toujours sous forme de bouillie épaisse et noirâtre. En un mot, jamais de garde-robes présentant les caractères physiologiques, à savoir : l'aspect d'un long boudin régulier, cylindrique, et de consistance franchement pâteuse, de couleur jaune verdâtre.

Telles sont, en réalité, ces fonctions intestinales dites régulières par le malade, qui coïncident avec la disparition de la migraine. L'examen des selles suffit à justifier notre affirmation d'*asystolie commençante* du côlon. On pourra trouver dans l'examen du ventre un complément d'information, propre à lever les doutes, s'il en reste encore dans l'esprit du clinicien.

Mais, si la migraine, au même titre que beaucoup d'autres épisodes morbides, se greffe toujours sur un tronc dyspeptique, il convient toutefois de faire la part du système nerveux. Les migraineux sont le plus souvent des gens d'étude ou des névropathes ; l'encéphale chez eux est un *locus minoris resistentiæ* de par l'hérédité, les excès ou la maladie, et pour cela le siège de prédilection des phénomènes vaso-moteurs engendrés par les troubles de la mécanique gastro-intestinale. Par contre, il est certains malades dont la résistance encéphalique est véritablement frappante : ils ont passé par toutes les phases de la dyspepsie ; ils se présentent à nous avec un tube digestif dont les fonctions sont pour ainsi dire éteintes, et cependant ils accusent toujours un état parfait de la cérébration ; ils ignorent le mal de tête aussi bien que la migraine et leur moral n'a jamais *varié*. Ces malades ne sont que des exceptions ; et nous en avons été d'autant plus vivement frappé que le retentissement de la dyspepsie sur les fonctions de l'encéphale est la règle générale et mérite d'être souligné dans une étude sur la migraine.

Le vide cérébral va de pair avec le vide abdominal ; le moindre dérangement des voies digestives a son retentissement, en quelque sorte obligé, sur le cerveau et peut entraver ou modifier largement le travail cérébral, faire varier d'un moment à l'autre le ton psychique et, partant, la réceptivité sensitivo-sensorielle.

Nous savons que certains malades sont pris d'accès de mélancolie qui disparaissent avec l'ingestion des aliments et se reproduisent dès que l'effort digestif est terminé ; il s'agit en quelque sorte d'une *mélancolie cyclique*, comme les phases digestives qui la commandent. Parfois on observe de l'hypochondrie, en rapport avec les recrudescences de l'atonie digestive ; dès que le tirage gastro-intestinal se rétablit, le malade cesse d'être absorbé par le fonctionnement de ses entrailles et reprend goût à la vie extérieure.

Dans un autre ordre d'idées, on sait combien la céphalalgie, sous toutes ses formes, est fréquente au cours de la dyspepsie : névralgie faciale avec ses différentes localisations, douleur occipitale, névralgie dentaire, etc. Une de nos malades, que nous avions soumise au régime des potages au lait et qu'un abus des purgatifs avait antérieurement conduite au dernier terme de l'atonie digestive, vit, sous l'influence de ce régime affaiblissant, une douleur très vive localisée dans la profondeur et au pourtour de l'oreille droite s'accroître au point de ne lui laisser de repos ni jour ni nuit. La suppression des soupes au lait, l'usage d'aliments un peu excitants et toniques, tels que les œufs, les potages au beurre, les consommés de viandes, eurent raison très rapidement de ces phénomènes douloureux, au grand étonnement de la malade.

Une autre malade nous décrit ainsi les sensations qui se succèdent à la suite du repas de midi : immédiatement après, sensation très légère, mais continue de *poids* épigastrique, qui persiste pendant une heure ou une heure et demie ; puis le

poids cesse d'être ressenti, mais est remplacé par de la lassitude, *du mal de tête*, parfois des vertiges. Le repas du soir fait disparaître tous ces malaises et rend un bien-être parfait.

Dans ces deux cas, nous voyons le symptôme céphalalgie naître et disparaître avec les moments de plus grande atonie digestive.

Un troisième dyspeptique nous offre un exemple de retentissement céphalique plus étrange et plus rare; il est remarquable en outre par l'*instabilité* de sa *statique gastro-intestinale*.

Agé de cinquante-quatre ans, exerçant le métier de *placier*, ce qui l'oblige à être debout et à marcher toute la journée, il présente une hypotension abdominale très grande, un foie dont le bord dépasse notablement les fausses côtes, des signes de stase gastro-cæcale et de colosténose, une langue scrotale et rouge, une teinte ictérique des conjonctives, enfin une grande faiblesse générale. C'est un névropathe, ou mieux sa cérébration le classe parmi les dégénérés. Toutefois, il s'observe peu et se montre très attaché à son travail professionnel. Depuis plus de dix ans, il éprouve, un quart d'heure environ après s'être mis au lit, au moment où il commence à s'endormir, des secousses violentes dans le crâne, « comme une décharge électrique, » secousses très douloureuses qui le réveillent soudain et se reproduisent invariablement dès que le sommeil tend à revenir. Ces phénomènes durent une heure et demie à deux heures; puis le malade s'endort tranquillement. Or, en même temps que ces secousses se produisent, il se fait un « travail abdominal », qui se traduit par des émissions de gaz par l'anus. *Chaque émission est suivie d'un moment de répit, et ce n'est que lorsque ce travail abdominal est complètement éteint que le malade peut s'endormir définitivement.*

Détail à noter : si par mégarde, pendant la période des souffrances, le malade pose la main sur la région iliaque gauche, il fait naître instantanément une secousse dans la tête. Parfois ces secousses s'accompagnent d'une sorte de *choc en retour*, sous la forme d'un « coup violent dans le milieu du ventre, un peu

au-dessous du nombril ». En outre, il arrive que les secousses de la tête, lorsqu'elles ont leur maximum d'intensité, s'irradient « comme un frémissement » au corps tout entier. Ces phénomènes nerveux, qui ont sur le sujet un effet *terrorisant*, surviennent invariablement tous les soirs, quelques minutes après le coucher, dans la phase proprement hypnagogique ; ils ne se sont montrés le matin au réveil qu'exceptionnellement ; pendant la journée, à l'état de veille, le malade affirme ne les avoir jamais éprouvés. Ils sont surtout accusés les jours où il a été fait quelque écart de régime. Au début, *ils pouvaient être conjurés par la position assise dans le lit;* actuellement, ce petit moyen trouvé par le malade n'a plus d'effet inhibitoire. Un dernier caractère digne d'être mentionné est le suivant : si le malade lutte contre le sommeil et garde la pleine possession de sa volonté, il peut empêcher ces secousses de se produire. Autre symptôme curieux : si le malade se couche sur le côté gauche, il a des renvois gazeux, puis un « coup de bélier » dans la région du cœur et des soubresauts dans tout le corps.

Il est facile de comprendre que nous nous trouvons ici en présence d'un système nerveux particulièrement irritable, qui, en grossissant les impressions qu'il reçoit, est bien propre à nous faire saisir les relations étroites qui unissent l'encéphale aux viscères abdominaux. Le fait de passer de la station verticale au décubitus horizontal modifie la statique abdominale, partant la migration des gaz ; d'où de nouvelles excitations pour le système nerveux splanchnique, qui s'irradient vers l'encéphale, où, en l'absence de la volonté, elles se transforment en véritables décharges électriques. De plus, le changement de forme ou de situation de l'estomac sous l'influence du décubitus latéral gauche vient également troubler le fonctionnement de l'organe voisin, le cœur, par un mécanisme analogue, c'est-à-dire en modifiant la statique gastro-intestinale.

Il nous paraît inutile de multiplier davantage les exemples qui tendent à prouver combien l'encéphale est étroitement

dépendant des modifications de la tension abdominale, c'est-à-dire de la tonicité des voies digestives. Il constitue un aboutissant de choix pour toutes les influences parties du tube digestif ou mieux de la zone abdominale, et on peut admettre, sans crainte d'être accusé de paradoxe, que l'harmonie des fonctions encéphaliques est dans une large mesure tributaire de l'équilibre de la statique abdominale.

VIII

La palpation abdominale, chez les chlorotiques, révèle l'existence constante des signes objectifs de la dyspepsie. Souvent même on se trouve en présence d'une dislocation abdominale fort avancée.

Ce n'est point en étudiant la composition du liquide sanguin, mais bien l'organe hématopoiétique par excellence, le tube digestif, qu'on arrivera à comprendre la pathogenèse de la chlorose, et à trouver le régime et l'hygiène capables et de la prévenir et de la guérir.

Toute discussion sur les rapports qui existent entre la chlorose et les fonctions digestives devient superflue et de nulle valeur, en présence des faits positifs à la portée de tout observateur.

Les chlorotiques sont d'un examen clinique très instructif, soit parce que les désordres de la mécanique digestive sont généralement bien délimités, malgré leur gravité, soit parce qu'il s'agit de jeunes sujets sur lesquels l'hygiène a une action rapidement heureuse.

Nous nous souvenons [1] d'une jeune chlorotique, en outre légèrement albuminurique trois heures après le repas de

[1] Il s'agit d'une de nos premières observations ; elle contient trop d'imperfections, malgré son grand intérêt pratique, pour avoir sa place ici.

midi, à qui on faisait avaler sans succès (mais non sans autorité!) les préparations pharmaceutiques les mieux réputées, cela depuis près de trois ans déjà. Quand la malade vint nous voir, elle était à la période d'état de la maladie : faiblesse extrême, inappétence, palpitations au moindre effort et teinte cireuse caractéristique des téguments, etc. L'examen abdominal nous révéla tous les signes de la stase gastro-cæcale, y compris un rein mobile à droite ; le ventre commençait à « tomber » dans la station verticale, formant au-dessous de l'ombilic comme une saillie légèrement arrondie. La mère avait remarqué que sa fille avait un ventre plus gros que ne le comportait son âge. Dès le premier essai d'un traitement purement hygiénique, l'amélioration se dessina nettement ; elle fut rapide. Au bout de trois ou quatre mois, l'albumine, qui survenait régulièrement vers quatre heures de l'après-dîner, avait disparu et l'état général était redevenu florissant. Depuis ce moment (il y a cinq ans), la santé n'a jamais laissé à désirer.

Nous pourrions encore citer le fait intéressant d'une *chlorose naissante* (elle remontait à un mois; toutefois la teinte verdâtre des téguments était manifeste), que nous fîmes avorter au bout de quelques semaines seulement d'hygiène alimentaire rigoureuse.

Voici l'histoire d'une malade que nous avons suivie jusqu'à sa guérison, presque jour par jour. Nous nous contenterons de la résumer.

Mlle X..., dix-sept ans (1893). — Rien à noter sur l'époque du nourrissage. Était bel enfant, d'un développement précoce. A toujours été grasse, d'un *embonpoint au-dessus de la moyenne.* A huit ans, éruption de furoncles dans le dos. A neuf ans, petite vérole. A onze ans, croûtes dans les cheveux dans la région occipitale. Sujette aux engelures.

Vers onze ans et demi, menstruation; peu de temps après (quelques mois), début de la chloro-anémie qui a persisté jusqu'à

présent, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation : pâleur, faiblesse ; garde pendant un an une douleur à la partie postéro-externe de l'avant-bras gauche sans gonflement ni rougeur ; perte de l'appétit, bizarreries du goût, maux d'estomac, nausées constantes, maux de tête très fréquents ; souvent des points douloureux dans la région du cœur et surtout dans le ventre ; se souvient d'avoir été obligée toute une journée de marcher courbée, tant elle souffrait dans le ventre ; avait constamment envie de dormir.

Il y a trois ans, séjour dans un hôpital homéopathique, d'où elle sort *améliorée* au bout de six semaines.

Il y a quatre mois, séjour de six semaines à l'Hôtel-Dieu ; en sort *améliorée*.

Quinze jours environ après sa sortie de chacun de ces hôpitaux, retour des mêmes accidents avec la même intensité.

Cette fois-ci, ce sont des maux de tête d'une violence extrême, revenant sous forme de véritables *crises* à certains moments ; ils apparaissent dès le matin, entre cinq et six heures, et persistent toute la journée. A noter, une exacerbation fréquente dès *que le repas de midi est commencé;* elle est obligée de quitter la table. L'antipyrine a une action sédative très évidente. Pas de jours que la malade n'en prenne 1, 2 ou 3 grammes.

Notons également l'action heureuse des douches à plusieurs reprises.

Les maux de tête, qui ont débuté par le côté droit de la face, en occupent maintenant le côté gauche ; l'œil gauche, au moment des paroxysmes, devient saillant ; au dire de l'entourage, la moitié gauche de la face enfle et la physionomie est déformée. Les maux de tête s'accompagnent souvent de vomissements, toujours alimentaires ; une seule fois, à la suite de vomissements répétés, elle aurait rejeté un liquide très amer. Il lui est arrivé souvent de vomir pendant toute une journée, chaque fois qu'elle prenait quelque chose.

Se plaint aussi de palpitations violentes, qui surviennent en même temps que ses maux de tête. A constamment la bouche pâteuse.

Les maux d'estomac reviennent à intervalles irréguliers ; persistent pendant huit, quinze jours, puis disparaissent pour quelques jours ou quelques semaines. Ne peut préciser à quel

moment de la journée elle souffre de l'estomac ; se souvient qu'à l'Hôtel-Dieu les maux d'estomac survenaient un instant après la fin du repas de midi. N'a jamais souffert pendant la nuit. Actuellement ne se plaint pas de l'estomac, mais d'une faiblesse extrême.

Examen objectif. — Rien au cœur ni aux poumons. L'examen de l'abdomen révèle une distension très accusée de l'estomac qui descend jusqu'à l'ombilic ; clapotage et sensation de flot. Affaissement du còlon ascendant, qui est très douloureux ; on a une sensation d'empâtement avec crépitations. Le reste du trajet du còlon est marqué par une douleur très nette qui n'existe pas dans les autres régions de l'abdomen. Hypotension abdominale très avancée, paroi fortement déprimée ; *ventre plat*, *contrastant avec l'embonpoint de la malade*. Langue sale.

Comme trouble digestif subjectif, n'en a pas d'autre que celui-ci : elle sent après le repas que son manger l'*encombre*. Nuits agitées. On trouve, dans les urines de quatre heures de l'après-dîner, un disque opalin d'albumine de 1 centimètre de hauteur; pas trace d'albumine dans les urines recueillies à sept heures du matin, lemême jour.

Les deux phénomènes dominants chez cette malade sont, en somme, les *crises de douleur hémicranienne et l'albuminurie*.

D'une longue série de notes recueillies pendant six mois, nous ne voulons retenir que les enseignements suivants :

1° Le régime lacté n'eut aucune influence ni sur l'albuminurie ni sur les maux de tête ;

2° Le séjour au lit, d'une heure à quatre heures de l'après-dîner, faisait disparaître totalement et à coup sûr le disque albumineux. L'action du séjour au lit fut la même pendant le régime lacté que pendant le régime carné (bifteck, bouillon américain, etc.). Ici nous touchons du doigt la fragilité des causes de cette albuminurie vespérale : *le simple séjour au lit la fait totalement disparaître*. Par contre, la nature des aliments n'a aucune influence : que la malade boive exclusivement du lait

ou ne mange que de la viande ou des œufs, l'albuminurie persiste dans les mêmes proportions.

De plus, les maux de tête furent nettement soulagés par le séjour au lit : au bout d'un quart d'heure les douleurs s'atténuaient et faisaient place à une sensation de véritable bien-être.

Nous n'insisterons pas sur cette forme d'albuminurie, mal étudiée jusqu'ici : des cas, déjà assez nombreux, qu'il nous a été donné d'observer, semble se dégager la notion que la présence *intermittente* de l'albumine dans les urines répondrait à une sorte de loi, s'appliquant à la *période tout à fait initiale* de la plupart des albuminuries, de celles au moins qui se sont installées lentement, sans processus rénal aigu.

Quant aux *douleurs de tête*, elles présentent pour nous un plus grand intérêt pathogénique, à cause de leurs relations évidentes avec la tension abdominale. Un abdomen dépourvu de tension, comme était celui de notre malade, est un abdomen dans lequel s'enchevêtrent les tiraillements, les troubles circulatoires, les stases ; c'est là une source abondante d'irradiations réflexes. Or, l'étude de la migraine nous a montré la dépendance réciproque de deux régions : l'encéphale et l'abdomen. Il est dès lors facile de comprendre que le décubitus horizontal fait disparaître les douleurs de tête en mettant au repos toute la masse gastro-intestinale, en annihilant ainsi l'action de la pesanteur sur elle, en permettant enfin un accomplissement plus facile des fonctions péristaltiques de la journée.

C'est ainsi que beaucoup de faits, et nous en omettons à dessein, trouvent dans la notion de la tension abdominale leur explication toute naturelle, presque spontanée. La pathogénie de la chlorose elle-même nous paraît simple et claire et doit aller de pair, dans cet ouvrage, avec les autres troubles de la mécanique digestive.

PATHOGÉNIE DE LA CHLOROSE

Comme point de départ de cet exposé, nous devons noter ce fait, c'est que la *chlorose, avec ses allures cliniques bien spéciales, n'existe pas chez l'homme.*

Or, pour nous, la chlorose est engendrée par la dyspepsie : il n'existe pas de chlorotiques ou, plus exactement, nous n'avons pas vu de chlorotiques qui ne présentent du côté de l'abdomen les signes physiques de la dyspepsie ; de plus, une thérapeutique dirigée exclusivement contre les troubles digestifs (et ceux-ci sont rapidement curables chez les jeunes gens) guérit les chlorotiques à bref délai, sans le secours d'aucune préparation pharmaceutique, martiale ou arsenicale.

Pour ce double motif la chlorose est bien d'origine digestive.

Mais alors pourquoi les hommes en sont-ils exempts ? Nombreux sont les jeunes gens souffrant des voies digestives, présentant les stigmates abdominaux de la dyspepsie, chez lesquels on ne trouve ni la teinte verte des chlorotiques ni toute la série des symptômes qui impriment à cette maladie son cachet personnel. Pourquoi la même cause ne produit-elle pas les mêmes effets dans l'un et l'autre sexe ? C'est que la femme est soumise à une fonction qui lui est propre, la *menstruation.* Cette fonction, à n'en pas douter, intéresse le système sanguin ; et c'est faire une hypothèse bien rationnelle et bien clinique, il nous semble, que de considérer l'installation des menstrues chez la femme comme une cause de fragilité, d'instabilité dans la composition du liquide sanguin, particulièrement en ce qui concerne la formation des globules rouges. La femme subit, à ce moment, une sorte de *crise physiologique* dont tous les efforts se concentrent sur le liquide sanguin ;

là est son point faible, à cette époque de la vie. C'est véritablement un premier *âge critique.*

Or, en analysant nos observations, que voyons-nous le plus souvent ? Une enfant que les parents ont eu mille peines à élever ; le nourrissage a été surtout laborieux : des vomissements, de la diarrhée, des accidents d'entérite aiguë avec diarrhée verte ; un mauvais état général, des cris ininterrompus le jour, la nuit surtout, parfois des convulsions ou des accidents abdominaux qui ont fait penser au carreau ; puis l'enfant a repris le dessus, les allures mêmes d'une bonne santé, sauf le plus souvent un appétit irrégulier, capricieux ; toutes les fièvres éruptives ont été épuisées ; chaque convalescence a été plus ou moins longue, marquée par des complications soit du côté de l'appareil rénal, soit du côté des voies respiratoires. Dès la huitième ou dixième année, c'est une fièvre muqueuse, le plus souvent alarmante ; la convalescence en est longue; puis la guérison amène un embonpoint, souvent anormal, qui met du baume au cœur de l'entourage : cette enfant est en voie de devenir une belle jeune fille ! A douze ou quatorze ans, les règles s'installent, mais d'une façon irrégulière ; elles se montrent une fois, puis pendant plusieurs mois plus rien. Elles reviennent, sont douloureuses, s'accompagnent de crampes d'estomac, de fringales, de déviations du goût. Enfin l'enfant pâlit, devient faible, nonchalante, perd le goût du travail, ou ce sont des impatiences, des crises de larmes à la moindre contrariété, le plus souvent même sans motif ; l'enfant délaisse ses jeux accoutumés, se plaint de palpitations quand elle court, la pâleur s'accentue chaque jour, les oreilles prennent la couleur de la cire, le visage a des reflets verdâtres. Bref *la chlorose est constituée.*

De ce long exposé, nous devons retenir ce fait, c'est que *le passé de toute chlorotique, pour n'être pas toujours aussi chargé que le précédent, n'en est pas moins celui d'une dyspeptique.* Tous les accidents de l'enfance, à part les fièvres

éruptives, gravitent autour des fonctions digestives. Et, si la chlorose éclate généralement à l'occasion des règles, elle n'en est pas moins pour le clinicien un simple épisode au cours d'une affection gastro-intestinale, au même titre que la diarrhée, les convulsions, les bizarreries de l'appétit, l'insomnie persistante, les crampes d'estomac, etc. ; le fond commun de tous ces accidents ne change pas ; seuls les phénomènes secondaires se modifient suivant les circonstances, suivant l'hérédité et suivant l'âge. Celui-ci surtout a une importance primordiale ; avec la menstruation il crée cette fragilité spéciale du système sanguin, dont nous venons de parler, fragilité qui devient une cause d'appel pour les influences morbides. Celles-ci attaquent les organes de moindre résistance. Tel est le motif bien simple pour lequel la chlorose vient à son heure germer et se développer sur un fond dyspeptique.

Et d'ailleurs, que cette chlorose ne soit pas soignée ou soit soignée insuffisamment, elle durera une ou plusieurs années ; puis, avec l'âge elle tendra à disparaître sans que ses satellites, gastralgie, constipation, anorexie, faiblesse générale, etc., s'atténuent sensiblement. La première grossesse va être mauvaise ou, au contraire, rendre à la malade une santé et une vigueur qu'elle n'a jamais connues. Dans l'un et l'autre cas, les suites de couches se feront remarquer par de nombreux accidents et seront le point de départ d'une véritable vie de misère : notre malade va devenir ou une névropathe ou une dyspeptique. Nous la laissons là, car les accidents ultérieurs font partie de l'*histoire naturelle de la dyspepsie* et, par conséquent, nous sont connus.

Cette interprétation pathogénique de la chlorose peut, comme toute théorie, être discutée. Toutefois, seule elle conduit à une thérapeutique dont le double avantage est :

1° De faire disparaître rapidement les accidents chlorotiques, et cela sans le secours d'aucune drogue, pas même du *fer traditionnel ;*

2° De rompre le *cycle dyspeptique*, c'est-à-dire de détruire la maladie dans sa cause même et de prévenir ainsi tous les accidents qui guettent la malade au sortir de la chlorose, de telle sorte que celle-là en grandissant ne fait que laisser une maladie pour en prendre une autre.

Ce double but, atteint par notre thérapeutique, est le point essentiel de cette dissertation, dont la valeur théorique nous préoccupe fort peu. Car, c'est après avoir observé et guéri nos chlorotiques, que nous avons été amené à donner notre théorie pathogénique de la chlorose.

IX

Dans les *maladies de la nutrition*, l'examen objectif de l'abdomen révèle des signes positifs qui ne laissent aucun doute sur l'*origine digestive* de toutes ces affections : ce sont, à vrai dire, des maladies de la digestion.

Toutes les théories croulent devant les faits. A ce point de vue, rien n'est intéressant comme l'étude de l'*obésité naissante ou chez des sujets encore jeunes*. Les vieux obèses, à cause de la complexité de leurs troubles fonctionnels, sont impropres à l'étude.

Chez les obèses, le développement du ventre est nettement prédominant, nullement parallèle à l'épaississement des panicules adipeux du reste de l'organisme ; le volume du ventre est parfois très variable, soit aux différents moments de la journée, soit au cours de l'engraissement, sous des influences minimes visant proprement le tube digestif ; des symptômes nettement digestifs accompagnent toujours l'évolution obésique ; enfin, la palpation abdominale révèle les signes phy-

siques de la stase gastro-cæcale et fournit les indications d'un traitement toujours efficace.

L'obésité n'apparaît pas chez tous les dyspeptiques, mais seulement chez les *Forts*, et correspond à la phase de dilatation avec hypertrophie du canal alimentaire, c'est-à-dire à la phase de compensation.

A. — Le 21 mai 1893, nous sommes appelé auprès d'un malade dont l'histoire très simple est néanmoins très instructive et montre combien notre façon de comprendre la pathogénie de l'obésité est conforme à la réalité.

Il s'agit d'un jeune homme de trente ans, bien musclé, de taille moyenne, ayant les apparences d'une santé exubérante. « Mon patron, dit-il, ne veut pas croire que je suis malade et me prend pour un farceur. »

Hier, à quatre heures, il a été pris d'un point très douloureux au voisinage de l'épine de l'omoplate gauche. Un liquide térébenthiné, conseillé par un pharmacien, en a eu raison, dit-il, et voici qu'aujourd'hui, à la même heure, le point douloureux est revenu; les frictions de la veille ont été inefficaces ; il s'est couché. (Il est bon de dire que nous croyons à l'efficacité du lit beaucoup plus qu'à celle du liniment térébenthiné). Au moment où nous l'examinons, le point douloureux a disparu ; pour nous en indiquer le siège précis, il est obligé à plusieurs reprises de faire de grands mouvements respiratoires. L'examen des poumons est négatif. Le malade paraît inquiet et nous demande si nous sommes bien sûr de notre auscultation, car il redoute la phtisie, ayant cohabité avec une femme morte de tuberculose pulmonaire.

A l'examen abdominal, nous trouvons un volumineux empâtement bien délimité dans la région du cæcum, puis un côlon descendant en forme de cordon, enfin un estomac distendu (il atteint l'ombilic) avec tympanisme ; le ventre est normal à l'inspection; léger degré d'hypotension qui en rend l'examen relativement facile, malgré un ballonnement notable. Langue sale.

Le malade nous avoue être un peu « échauffé » depuis quelques jours ; de plus, il accuse des maux de tête et un peu de perte d'appétit. Après les repas il a la figure horriblement congestionnée,

il est ballonné et oppressé; il éprouve comme une gêne très pénible dans la région antérieure du thorax.

Cette oppression existe depuis plusieurs mois. Il est allé consulter un médecin qui, après l'avoir ausculté, a affirmé qu'il n'avait rien aux poumons, que d'ailleurs il n'était pas malade; il a même refusé de lui faire une ordonnance.

Il nous raconte qu'il y a deux ans il a eu la syphilis, qu'il a tenu à bien se soigner et qu'il a pris force mercure et iodure de potassium. C'est à ce moment qu'il a commencé à voir son appétit considérablement *augmenter*. Depuis un an surtout, il est doué d'un appétit colossal, mange deux ou trois biftecks sans peine, boit 2 litres de vin à son repas, engraisse d'une façon inquiétante; ses vêtements deviennent rapidement trop étroits; il ne peut les user; l'abdomen grossit « à vue d'œil ». Enfin, il est très oppressé, surtout après le repas, et a constamment la gorge malade.

Voici un individu jeune et bien portant qui ingère, en quantité exagérée, des substances éminemment irritantes pour le tube digestif; le premier effet de cette manière de vivre est une gêne et un ralentissement *relatifs* de la péristaltique gastro-intestinale : stase cæcale, stase gastrique, défaut de tirage gastro-intestinal, ballonnement abdominal qui refoule le diaphragme et donne de l'oppression; exagération de l'appétit qui est en rapport avec la distension gastrique; puis, outre le ralentissement du péristaltisme, troubles digestifs et nutritifs qui vont aboutir à l'obésité.

Cette réplétion du côlon, au moment où nous voyons le malade, se traduit par des tiraillements sur les ligaments; d'où le point douloureux d'irradiation pour lequel le malade nous demande des conseils.

En l'absence de l'examen abdominal et de cette conception pathogénique fort simple, qu'aurions-nous fait? Rien de sérieux.

Au contraire, tout étant clair pour nous, nous faisons comprendre au malade la cause de tous ses malaises et nous lui

donnons les conseils détaillés qui vont amener, nous en avons la certitude, d'abord la disparition rapide du point douloureux, puis la cessation de tous les autres malaises et un retour à un état de santé normal.

Traitement. — Une purgation d'abord. Puis un régime :

1° Boire le moins possible ;

2° Manger raisonnablement et régulièrement;

3° Veiller toujours *à la régularité des garde-robes;*

B. — Autre fait :

M. X..., âgé de trente-deux ans, marié et père de famille, d'une stature imposante et déjà fortement obèse, vient nous demander simplement de le faire maigrir. Il n'a jamais été malade et actuellement jouit toujours, dit-il, d'une bonne santé. Son seul sujet d'inquiétude, c'est son embonpoint qui augmente d'une façon rapide, depuis deux ans surtout. Il pèse aujourd'hui 103 kilogrammes ; à trente ans, il pesait 95 kilogrammes.

Ne nous arrêtant pas à son affirmation, d'ailleurs très catégorique, de bonne santé, nous poussons plus loin notre interrogatoire et nous apprenons les particularités suivantes :

Il est gros mangeur et gros buveur. Enfant, il s'est fait remarquer par son développement physique précoce et véritablement exubérant, en même temps que par la qualité de son appétit, resté proverbial dans son pays (les environs de Côme). Il cherche à atténuer la portée de cette révélation, en nous racontant qu'il est d'une famille de colosses et de gros mangeurs. A cinquante ans, son père pesait 130 kilogrammes. En vieillissant, il avait encore augmenté de poids.

Il a toujours eu trois ou quatre selles par jour, selles grosses, molles, rarement diarrhéiques. Souvent une selle après le repas de midi. Pas d'heures fixes.

Depuis quatre ans environ, il s'aperçoit qu'il est essoufflé au moindre effort. Cet essoufflement est surtout marqué depuis deux ans.

Le soir, il est *las*, se jette sur son lit plutôt qu'il ne se couche, et s'endort « comme une masse ». D'ailleurs bon sommeil.

Il a fréquemment des indigestions : « Je sens que mon manger reste sur l'estomac ; je me purge et ça passe. » Un autre moyen lui réussit généralement, c'est de se coucher sans souper. Ces indigestions ont augmenté de fréquence depuis deux ans.

Depuis quelque temps il éprouve parfois de légers maux de tête, *ce qui l'étonne beaucoup*.

Enfin, détail significatif, le malade nous fait textuellement l'aveu suivant : *rien qu'un repas manqué, et je m'aperçois que mon ventre n'est pas si gros*.

Examen objectif. — Teinte ictérique très prononcée des conjonctives, la peau de la face est *plaquée* et paraît *sale* (ce mot seul peut exprimer notre pensée, et, bien que notre malade appartienne à la classe bourgeoise, on pense involontairement, en le voyant, à un ouvrier dont la propreté de la figure laisserait à désirer) ; les pommettes sont rouges, violacées ; cette teinte est encore plus accusée aux oreilles. Langue franchement sale et très pâteuse.

Le ventre est déjà nettement *mou*. Au-dessous du foie, on perçoit facilement une masse arrondie, en boudin, à direction verticale, gargouillante et très douloureuse. Le cordon sigmoïdal est également perceptible et douloureux. Tympanisme gastrique, sans exagération apparente des dimensions de l'estomac. (L'examen a été fait à onze heures du matin ; le malade n'avait pas soupé la veille, parce que son dîner lui était resté sur l'estomac ; le matin du jour de l'examen, il avait pris seulement une tasse de café noir.)

Traitement. — 1° Réduction des boissons : un demi-litre d'eau rougie à midi et un quart de litre le soir ;

2° Trois repas par jour : un œuf le matin ; un seul plat de viande rôtie, un plat de légumes et un dessert à midi ; un potage, un plat d'œufs et un dessert le soir.

3° Une prise de 50 centigrammes de rhubarbe et un verre à bordeaux d'eau de Villacabras *tous les huit jours* ;

4° Défense de boire entre les repas ;

Défense de toucher aux *sauces*, aux *crudités* et à tout aliment *épicé* ou *faisandé*.

17 *février*. — M. X... accuse une amélioration *étonnante*.

Son poids actuel est de 91 kilogrammes; il a perdu 12 kilogrammes. Cette diminution de poids ou plutôt d'embonpoint a surtout été rapide les premiers jours.

L'essoufflement a complètement disparu.

Il n'y a pas eu une seule indigestion.

N'a pas eu mal à la tête une seule fois.

La lassitude qu'il éprouvait à la fin de la journée a diminué au moins de moitié. Il faut ajouter qu'il est debout toute la journée et se surmène beaucoup; la persistance d'un certain degré de lassitude le soir ne l'étonne donc pas.

La saillie abdominale a presque entièrement disparu.

Les joues sont normalement colorées, le teint est devenu clair et les conjonctives ont perdu leur teinte ictérique. Plus de couleur violacée ni des pommettes ni des oreilles.

Langue un peu saburrale, nullement pâteuse.

A encore la bouche mauvaise le matin; mais il fume la cigarette toute la journée, malgré notre conseil formel de ne plus fumer.

Examen objectif. — Le ventre est mou, d'une fouille facile, sans ballonnement, mais ne s'étale pas dans le décubitus dorsal. Persistance d'une tumeur stercorale crépitante et douloureuse au-dessous du foie. Ni clapotage, ni flot, ni tympanisme gastrique : rien d'anormal à l'examen de l'estomac. Persistance d'un cordon sigmoïdal, non douloureux.

A une selle quotidienne et régulière, toujours molle. Deux ou trois selles, dont la dernière seulement diarrhéique, avec les laxatifs.

Le malade se plaint qu'un œuf pour déjeuner est insuffisant; il est *tourmenté* par la faim vers dix ou onze heures du matin, mais sans faiblesse, sans tiraillements, sans aucun phénomène douloureux.

Traitement. — Nous augmentons la quantité des aliments au petit déjeuner du matin.

Et, pour favoriser le plus possible la péristaltique digestive, sans trop diminuer la tension abdominale, nous conseillons l'emploi de la rhubarbe tous les quatre jours, avec addition de sulfates de soude et de magnésie, tous les douze jours seulement.

En relatant ces deux faits, notre but est de montrer simplement *la nécessité de la palpation abdominale chez les obèses*. Le praticien retirera de cette pratique plus de profit que de la lecture de toutes les belles dissertations théoriques sur l'obésité.

X

Le tube digestif est l'appareil de notre organisme le plus immédiablement troublé par les écarts si fréquents et si variés de notre hygiène alimentaire : de là le début de la dyspepsie avec notre entrée dans la vie.

Toutefois, il y a des organismes privilégiés, et ce sont eux qui arrivent à la vieillesse.

Or, il est digne de remarque que la fin de semblables organisations est encore signalée par la faiblesse du tube digestif, avant toute autre manifestation morbide.

Le tube digestif, comme aboutissant principal de tous nos excès, de toutes nos erreurs hygiéniques, constitue notre rempart dans la lutte pour la vie, et de sa résistance dépendent l'intégrité des autres organes, l'harmonie de toutes nos fonctions. *On a l'âge de son tube digestif, bien plus que de ses artères.*

Le 15 février 1894, nous voyons une dame de soixante-quatorze ans qui vient nous prier de lui enlever « une oppression » qu'elle a depuis plusieurs années, surtout depuis une attaque d'influenza datant de trois ans.

C'est une femme d'embonpoint moyen, à qui on donnerait soixante à soixante-cinq ans. Elle vit à la campagne, dans le Charollais, pendant la plus grande partie du temps, et ne passe à Lyon que les plus mauvais mois de l'année. Elle a toujours joui, dit-elle, d'une santé exceptionnellement bonne ; son estomac a

surtout été d'un *fonctionnement irréprochable*, appétit excellent, régulier et digestions parfaites. D'ailleurs, si elle a été malade parfois, elle l'a complètement oublié ; elle a été toujours pour les médecins et la médecine d'une parfaite indifférence. Sa vie à la campagne se passe au grand air, dès le grand matin jusqu'au soir; elle est infatigable à la marche.

Depuis quelques années, cependant, les choses ne vont pas aussi bien. Il y a dix ans, elle a contracté la fièvre typhoïde au chevet de son fils atteint de la même maladie. Elle a mis trois mois à se remettre de cette dothiénentérie, qui a mis sa vie en danger à un moment donné et a été compliquée d'une phlébite à la jambe droite. Pendant les années qui ont suivi, plusieurs traumatismes sont à signaler : entorse du pied droit, dont elle souffre toujours, et fracture du poignet gauche.

Comme nous le disions, l'influenza lui a laissé de l'oppression, qui a surtout augmenté ces derniers mois et pour elle constitue toute sa maladie.

Un interrogatoire plus approfondi nous dévoile : une diminution de l'appétit remontant à ces derniers mois et une sensation de pesanteur à l'estomac après le repas de midi. Dépourvue de la plus grande partie de ses dents, elle met cette pesanteur sur le compte d'une mastication incomplète. Elle a besoin de prendre dans la soirée et entre chez les pâtissiers. En même temps, elle s'aperçoit qu'elle maigrit progressivement.

Elle marche difficilement, elle est rapidement lasse, contrairement à son habitude. De plus, elle ne peut monter sans essoufflement et battements de cœur.

Allant régulièrement à la selle, d'habitude, et ignorant absolument l'usage des lavements et des laxatifs, elle a remarqué une tendance à la constipation depuis quelque temps.

Enfin, elle éprouve des douleurs variées dans le thorax et dans l'abdomen et ne peut plus dormir à cause d'un énervement qui la porte à se lever la nuit.

Elle est altérée, boit de plus en plus en mangeant et se retient pour ne pas boire en dehors des repas.

Le soir ses chevilles sont enflées.

Examen objectif. — Conjonctives *très infiltrées*, avec teinte rouillée foncée. Langue saburrale, ni trop rouge ni trop lisse ; pas sèche,

mais pâteuse. Cœur : premier bruit faible et retentissement du deuxième bruit ; pas de galop. Râles sous-crépitants dans le tiers inférieur du poumon gauche, sans modification de la sonorité ; toux par quintes, souvent la nuit, surtout en se mettant au lit ; ne crache pas. Ventre rond et tendu par un ballonnement assez accentué. Clapotage gastrique ; percussion ne donne rien à cause du ballonnement ; de même, on ne sent pas le flot ; le clapotage est profond, pour la même raison. En revanche, on perçoit sur tout le trajet du côlon, un empâtement de la largeur de trois travers de doigt, avec relief assez accusé et douleur extrêmement vive, même à une palpation douce ; on a l'impression d'une réplétion en quelque sorte aigüe du côlon.

Lacis sous-cutané formé par les veines abdominales. Le ballonnement met obstacle à une appréciation exacte de la matité hépatique. Sa peau est chaude plus que normalement et la malade nous dit qu'en effet souvent elle se sent un peu de fièvre.

Notre diagnostic fut d'emblée le suivant : sous l'influence de l'âge [1], qui tire son importance pathogénique des maladies latentes, sous l'influence surtout de la grippe, notre malade se trouve aux prises avec une faiblesse progressive des voies digestives et consécutivement avec un affaiblissement, un alanguissement de tout l'organisme. La faiblesse des voies digestives est évidente ; les symptômes en sont nets et caractéristiques :

Au point de vue objectif : *ballonnement*, *stase colique*, *stase gastrique ;*

Au point de vue subjectif : *sensation de pesanteur après les repas*, *constipation*, *besoins de prendre*, *diminution de l'appêtit et exagération de la soif*, *troubles du sommeil.*

[1] C'est le point de plus faible résistance qui cède le premier par l'âge. Aussi, en l'absence de toute tare acquise ou héréditaire, dans les constitutions privilégiées, c'est le tube digestif qui est ce point faible. Les écarts que nous n'avons pas su éviter, notre ignorance de l'hygiène alimentaire, les grossesses chez la femme, le retentissement digestif de toute maladie aiguë, tels sont les motifs qui expliquent cette déchéance prématurée, ce privilège en quelque sorte des voies digestives, sinon pour faire mourir directement, au moins pour devenir, dans la généralité des cas, le point de départ des complications qui font mourir.

La faiblesse générale, l'alanguissement de l'organisme se traduisent par : *la congestion de la base gauche*, *l'œdème malléolaire le soir, l'amaigrissement progressif, la lassitude facile.*

Quant au symptôme essoufflement[1], il dépend à la fois de la congestion pulmonaire pour une faible part, et de la diminution de la tension abdominale, pour la part principale; le diaphragme manque de son point d'appui normal et cherche, dans l'effort, à suppléer, par le nombre exagéré de ses contractions, à l'insuffisance de dilatation thoracique qui résulte de chacune de celles-ci.

Maintenant, les grands traits de cette observation nous donnent immédiatement une idée générale de l'évolution de la maladie et, partant, fournissent les éléments suffisants pour nous permettre de formuler un pronostic et un traitement.

Il s'agit d'une femme vigoureuse, ayant vécu dans de bonnes conditions hygiéniques, à la campagne surtout; deux grossesses ont été impuissantes à modifier la mécanique digestive; la ménopause a passé inaperçue. La fièvre typhoïde est venue la première jeter le désarroi dans un tube digestif dont les quelques troubles préexistants étaient silencieux. Convalescence longue; et c'est après cette maladie aiguë, *quelques années avant l'influenza* que l'essoufflement a commencé à se manifester. Puis l'influenza a fait faire un pas décisif à cet affaiblissement digestif. Et depuis quelques mois la maladie semble prendre une allure en quelque sorte subaiguë; cet encombrement colique sous forme d'empâtement[2], ce ballonnement qui donne au ventre une forme globuleuse, en distendant une paroi qui ne paraît pas forcée, en

[1] La malade nous raconte qu'il lui semble parfois que la respiration lui manque; elle éprouve une sensation lui rappelant celle qui suit une crise de larmes et de sanglots, sorte de moment d'*épuisement respiratoire*.

[2] L'*encombrement pâteux* est le signe d'une constipation récente, s'accompagnant de catarrhe gastro-intestinal ou d'une aggravation, en quelque sorte aiguë, d'un état ancien de stase colique.

témoignent clairement; les dimensions de l'abdomen sont normales et rien ne fait présumer l'existence de deux grossesses ; on a bien affaire à un ballonnement par parésie avancée des tuniques gastro-intestinales. C'est d'ailleurs une *impression clinique* difficile à traduire. En résumé, nous nous trouvons en présence d'*une hyposystolie digestive*, *à marche subaiguë*. Un organisme de soixante-quatorze ans ne résistera pas longtemps à des troubles d'ordre aussi important; d'où pronostic grave et possibilité de complications soudaines du côté des reins, du poumon, ou bien, si la maladie digestive peut évoluer naturellement, épuisement rapide de toutes les forces compensatrices, inappétence et intolérance se succédant et s'aggravant; en fin de compte, affaiblissement abdominal, marasme digestif et mort par asystolie gastro-intestinale.

Le traitement sera prudent, d'une prudence extrême: tout d'abord rendre à la malade son air natal, l'air vif, tonique de la campagne ; essayer de réveiller un peu les contractions gastro-intestinales par quelques légères doses d'un laxatif (calomel), qui aura le double avantage de diminuer les stases et d'exciter un peu la contractilité musculaire ; régime peu différent du régime habituel ; empêcher surtout l'augmentation des boissons ; c'est là un point capital ; régler l'exercice de façon à éviter toute fatigue, c'est-à-dire tout épuisement des forces.

27 *février*. — Urines claires sans *albumine;* l'essoufflement a légèrement diminué, mais il persiste à un degré encore marqué, seulement à l'occasion de l'effort, de la marche; plus grande facilité des selles, plutôt deux qu'une par jour; soif moins vive, beaucoup moins vive. L'examen du ventre révèle : une diminution du ballonnement, beaucoup moins d'empâtement sur le trajet du côlon ascendant et sur le trajet du transverse qu'on perçoit à peine; gros boudin saillant, très en relief sur le trajet du côlon descendant; à droite et à gauche, douleur à la palpation.

Tympanisme gastrique à tonalité moyenne. Dépressibilité plus grande du ventre.

Les prises de calomel (15 centigrammes) n'ont produit aucun malaise, mais deux ou trois selles la première fois, et une la seconde fois.

En résumé, la malade accuse une amélioration générale, nette, malgré le peu de temps (douze jours) de traitement.

XI

Le vertige fait partie du tableau symptomatique de la déséquilibration abdominale.

Il a sa place marquée dans l'évolution naturelle des troubles digestifs, à la période d'hypotension non compensée, et, dans le cycle des vingt-quatre heures, au moment correspondant à la fin de la phase gastrique et au début de la phase colique.

Il va sans dire qu'en dehors de cette règle générale le vertige peut reconnaître une multitude de causes secondaires. Toutefois, l'efficacité de ces causes reste toujours subordonnée à l'existence de l'hypotension abdominale, que celle-ci soit passagère et sans autre effet appréciable, ou qu'elle soit en cours d'évolution comme la maladie qui l'engendre. Parmi ces causes secondaires, il faut mentionner les changements d'attitude du corps, la marche, les influences psychiques et sensorielles.

Un de nos clients, notaire des environs de Lyon, suit rigoureusement depuis un mois un traitement que nous lui avons prescrit pour des vertiges, tenant à des phénomènes de stase gastro-cæcale très accentuée, et en éprouve déjà une très grande amélioration. Son état s'est tellement amélioré que les malaises qui persistent seraient absolument négligeables, nous dit-il, s'il n'avait pas été aussi vivement impressionné par son

état vertigineux antérieur et s'il ne portait maintenant une attention, pour ainsi dire excessive, au moindre phénomène, lui rappelant sa maladie. Il nous raconte le fait suivant : un jour, après avoir fait plusieurs longues courses à pied, tout à coup, dans la rue, il se sent tiré à droite et en avant en même temps qu'il a la sensation d'un poids dans le ventre « au-dessous du foie » ; une force, à laquelle il ne peut résister, le contraint à s'incliner, « à se courber, à s'aboucher » du côté droit et en avant, cette force se confondant avec le poids sous-hépatique.

Que se passe-t-il dans ce cas? Dans la fatigue générale, d'ailleurs peu consciente, produite par la marche, il faut faire la part de la fatigue gastro-intestinale, qui s'explique naturellement par la station debout prolongée, les secousses de la marche, etc., et les conditions de moindre résistance créées par l'état morbide antérieur de l'appareil digestif; cette fatigue *localisée* entraîne une diminution de la tension abdominale, et cette diminution de tension tient sous sa dépendance à la fois l'état vertigineux et la sensation de pesanteur sous-hépatique. Quant à cette pesanteur, elle est encore la traduction de la surcharge du côlon ascendant; celle-ci, de son côté, détermine la forme particulière du vertige : *entraînement en avant et à droite*.

Il nous raconte un second fait du même ordre. Un jour, pendant une partie de boules, il se trouve tout à coup, vers les trois ou quatre heures de l'après-midi, dans un état demi-vertigineux, avec nombreux renvois ; il se sent mal assuré, inapte à mesurer la portée de ses mouvements ; ce n'est pas le véritable vertige, mais c'est un état *inquiétant*. Il a la pensée de resserrer sa ceinture de flanelle ; sur-le-champ, ce malaise disparaît. Ce fait se passe de commentaires.

Notre malade, qui *ne se plaint pas* de la digestion, ne nous signale que des renvois sans goût, trois ou quatre heures après les repas. Ces renvois, tout comme les crampes, les crises d'estomac, les tiraillements, sont l'indice d'un travail gastro-intes-

tinal *pathologique*. Le côlon est silencieux. Seule la cavité gastrique, dans le cas particulier, se décharge *par en haut*, sans douleur, sans aucune sensation anormale, d'une certaine quantité des gaz qui y séjournent. Il est plausible d'admettre qu'avec une tension abdominale plus faible (celle de notre malade est peu diminuée), nous aurions à ce moment de la digestion, des accidents plus sérieux, tels que *crampes*, *tiraillements*, etc. Le renvoi trois ou quatre heures après le repas nous apparaît cliniquement comme une crise d'estomac à peine ébauchée.

A rapprocher de ce cas, le fait suivant : Une de nos dyspeptiques, avec complication d'entéro-néphroptose, arrivée à la guérison complète y compris la régularité presque spontanée des fonctions intestinales, s'entretient avec nous de ses anciens malaises, quand brusquement (il était six heures du soir) elle éprouve une légère sensation dans la portion sous-ombilicale du ventre, sensation de « travail intestinal », de « remuement des intestins », suivant ses expressions, et en même temps un léger *vertige;* ces deux phénomènes passent comme l'éclair et la malade n'y aurait certainement prêté aucune attention si elle se fût trouvée dans la rue ou distraite d'une façon quelconque. Elle a interrompu sa conversation pour nous faire part de ce « petit rien », que nous signalons au contraire comme plein d'intérêt.

Un troisième fait, intéressant par l'abondance des détails cliniques, est le suivant :

M. X..., âgé de cinquante-cinq ans, vient nous consulter, le 9 juin 1893, pour des *vertiges*, qui ont apparu il y a huit jours. Voici son histoire. Il est resté en nourrice jusqu'à l'âge de cinq ans. Il était maigre et souffreteux, au point qu'à sa rentrée en famille, sa mère, lui ayant fait prendre un bain, n'osait le toucher : « J'avais peur de te casser, » lui a-t-elle répété dans la suite. A deux ans, il aurait eu la variole, dont il porte les traces. Jusqu'à

quinze, seize ans, il est resté maigre, chétif, sans reprendre le dessus. Toutefois, jamais de maladie sérieuse pendant cette période, sauf la rougeole, à neuf ans, qui débuta par une épistaxis abondante, au point qu'il se trouva mal. C'était au printemps. Tous les ans, à la même époque, il fut pris d'épistaxis, souvent abondantes, et cela jusqu'à l'âge de quinze ou seize ans.

Vers la vingtième année, il se mit à engraisser. A trente ans, accentuation manifeste de l'embonpoint. Actuellement, il pèse 90 kilogr. ; dans sa jeunesse, il a oscillé de 68 à 74 kilogrammes.

A l'âge de vingt-quatre ans, il prit de l'*iodure de potassium* pour une maladie qui ne semble pas être la syphilis (pas de pilules; pas d'éruptions cutanées, etc.), mais un simple écoulement uréthral, auquel il resta sujet pendant de longues années, sans cause occasionnelle apparente. Depuis l'iodure, qui fut pris pendant six mois environ à une dose que le malade ne peut préciser, « l'estomac est resté mauvais » : gonflement après les repas et fréquence des « indigestions ».

Ces indigestions revenaient tous les huit ou tous les quinze jours; parfois trois, quatre mois sans aucun malaise. Chaque indigestion se manifestait de la façon suivante : embarras dans la région épigastrique, « poids sur l'estomac », renvois nombreux pendant une ou deux heures de suite (les linges chauds les facilitent); en même temps serrement, contractions au niveau de la nuque et douleurs de tête violentes, qui laissent ensuite la tête endolorie; pendant les deux ou trois jours qui suivent, le malade dit qu'il se sent « la tête tendre ». Pas de renseignements précis sur le moment de la journée où reviennent de préférence ces malaises ; cependant le malade insiste surtout sur la fréquence nocturne des indigestions; elles ont souvent leur début vers minuit. Elles se terminent quelquefois par la diarrhée, jamais par le vomissement. Le malade se souvient d'avoir remarqué que souvent, « avant que le malaise se soit prononcé, » il a un peu de diarrhée.

A vingt-sept ans, pendant la saison d'automne, un matin qu'il avait pris du sulfate de magnésie, tout à coup il se sent la tête qui tourne, les yeux deviennent hagards, on s'empresse autour de lui, on le soutient ; puis il perd connaissance pendant une heure ou deux; au bout de ce temps il revient à lui et s'aperçoit qu'il avait été saigné.

Huit jours après, un matin également, il est pris d'un vertige, perd connaissance et tombe dans la rue : on le transporte chez lui. Pendant les deux ou trois mois suivants, il a encore quelques vertiges, *toujours à jeun*, sans perte de connaissance ; un verre de madère suffit à lui rendre son équilibre.

Pendant trois ou quatre ans, au retour de l'automne, il se sentit mal, « pas libre, » sous la crainte du vertige, « il fallait que je recueille mes sens ».

Puis, pendant plus de vingt ans, bonne santé, sauf le retour des indigestions à des époques variables. Il est allé successivement à Saint-Honoré, à Allevard, deux fois à Saint-Alban ; il allait y chercher du repos, mais ne faisait aucun traitement ; les médecins étaient d'ailleurs unanimes à lui affirmer qu'il *n'était pas malade*.

Il a une couperose très accusée de la face, depuis quinze ans au moins.

Ces derniers temps, depuis plus de six mois, en se couchant à dix heures et demie du soir, il se réveille à onze heures et demie ou minuit avec un léger embarras d'estomac, la tête lourde, et est dans l'impossibilité de se rendormir avant quatre heures du matin.

Il y a huit jours (notons que ces douze derniers jours le malade avait pris de l'élixir de longue vie à trois reprises, la dernière fois ce jour même), après le repas d'une heure, composé de choucroute au lard et au saucisson et de bière, le malade, assis à son bureau, est pris vers deux heures et demie des accidents suivants : tête lourde, « contractée » ; il voit son comptoir tourner, il se sent mal à l'aise ; au bout de vingt à vingt-cinq minutes, il prend un petit verre d'arquebuse, qui amène, dit-il, un travail intérieur considérable et de nombreux renvois. Il prend une seconde dose d'arquebuse dans de l'eau chaude, pour provoquer le vomissement. Les vomissements arrivent très pénibles, abondants et alimentaires. Il se met au lit, se fait appliquer des linges chauds sur l'estomac, et s'endort. Il trouve le lit bon. D'ailleurs, *il ne se souvient pas d'avoir jamais eu de vertige au lit.* Un médecin, mandé le soir même, ordonne un lavement purgatif qui provoque deux selles, la première moyenne, la seconde très abondante. Chaque fois que le malade a pris de l'élixir de longue vie, il a eu deux selles, sur l'abondance desquelles il ne donne

que de vagues indications. Il nous raconte aussi que toute sa vie les purgations ont été à peu près son unique remède; il en prenait une après chaque indigestion, ou à peu près, et s'en trouvait bien. Depuis son indigestion avec vertige d'il y a huit jours, il prend tous les jours un grain de santé de Franck, sur le conseil de son médecin. Néanmoins, il garde la tête constamment lourde, même la nuit. Le jour, à quelques bons moments succèdent d'autres moments où il est sous le coup de la crainte du vertige, *surtout le matin avant d'avoir rien pris.*

Il y a trois jours, à sept heures et demie du matin, il fut pris des mêmes accidents vertigineux, mais moins forts. Après avoir pris un peu d'arquebuse, il se sentit l'estomac embarrassé, eut de nombreux renvois. Ces accidents se dissipèrent au lit, au bout de vingt à vingt-cinq minutes. Avant de se coucher, il essaya d'uriner, mais ne rendit que quelques gouttes d'urine; pendant les trois heures qu'il resta au lit, il fut obligé de se lever deux fois et rendit des urines abondantes et claires, ce qui l'étonna beaucoup, car il n'avait rien bu qu'un peu d'arquebuse.

Aujourd'hui encore, il est sous le coup de la crainte du vertige; il est nerveux, il a les membres tremblants, agités, il ne peut écrire; sa parole est indécise et saccadée.

Sa langue est sale et pâteuse. Début net d'arc sénile. Conjonctives jaunes, très congestionnées ; la conjonctive bulbaire est sillonnée de vaisseaux distendus et formant des filaments noirâtres ; des points noirs dans le champ visuel. surtout au soleil.

Examen abdominal. — Le malade est fortement « bedonnant », sans être obèse; le ventre retombe sur les cuisses; il est ballonné, mobile par les changements de position ; toutefois, il n'est pas étalé sur les flancs. Hypotension manifeste, à un degré moyen. L'estomac, abaissé de 2 ou 3 centimètres, atteint inférieurement le voisinage de l'ombilic, qui est lui-même abaissé.

On constate une double hernie inguinale : la première, à droite, est survenue il y a cinq ou six ans, et la seconde six mois après, toutes deux sans cause appréciable.

Empâtement et douleur modérée à la palpation au niveau de la zone cæcale; l'empâtement se perçoit jusqu'au voisinage de la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic; douleur à gauche dans un point symétrique, moins vive qu'à droite.

Sensibilité à la pression, sur une surface de 5 ou 6 centimètres carrés, dans la région épigastrique médiane, au siège précis de ce qu'il appelle « ses embarras d'estomac ».

La matité hépatique n'est pas modifiée, malgré un léger degré d'alcoolisme professionnel avoué par le malade qui est dans le commerce et est obligé de boire avec ses clients. Depuis quelque temps, il s'abstient de boire; « car, dit-il, l'alcool lui coupe la digestion tout de suite ».

Pas de clapotage gastrique (le ventre se contracte à la palpation.)

Nombreuses petites varices aux jambes et aux pieds. Couperose très accusée du nez et des joues : nombreuses varicosités bleuâtres qui *brodent* pour ainsi dire sur un fond rouge vif occupant une zone nettement circonscrite, comme par une sorte de bourrelet érysipélateux. Les oreilles ont des reflets de cyanose.

Haleine fétide.

Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albumine dans les urines.

Jeune, il « mouchait » beaucoup; depuis dix ou douze ans, il ne mouche plus, à moins d'avoir un rhume de cerveau, ce qui lui arrive fréquemment en hiver.

Il a des hémorrhoïdes depuis l'âge de vingt-deux à vingt-trois ans; elles saignent peu et seulement une ou deux fois par an. Quelquefois elles deviennent procidentes ; à deux reprises, il les a fait inciser au *bistouri*, pour enlever la douleur et les faire rentrer.

Il avoue boire environ un litre de liquide par jour *aux repas*.

Voici sa manière de vivre : le plus ordinairement, il ne prend rien jusqu'à une heure de l'après-midi. A ce moment, dîner copieux, composé de soupe, de viandes en sauces, de légumes quelconques et de plusieurs desserts. A huit heures, souper composé de soupe de pâtes, de viande rôtie, salade et dessert. Il est gros mangeur de soupe. Les farineux reviennent souvent sur sa table. Cependant, il s'est aperçu que la digestion des pommes de terre lui est lourde. Il mange également beaucoup de pain. Il se couche à dix heures du soir. Immédiatement après son repas de midi, il va s'asseoir à son bureau. En temps ordinaire, il va à la selle après son repas du milieu du jour. Il s'est très mal observé à ce point de vue et ne fournit aucun renseignement précis.

Traitement. — Il y a huit jours, *indigestion avec vertige*, préparée par l'élixir de longue vie qui a accru une hypotension abdominale *en évolution depuis de nombreuses années*; indigestion qui a éclaté à la suite d'aliments grossiers tels que choucroute, lard, saucisson et bière. Puis le lavement purgatif et les grains de santé, en maintenant la tension abdominale au-dessous de la moyenne habituelle, ont entretenu l'état vertigineux jusqu'à maintenant.

Il est donc urgent, si l'on veut faire de la médication symptomatique, de supprimer tout laxatif et de modifier le régime du malade, de façon à permettre au tube digestif de recouvrer peu à peu sa tonicité :

1° Diminuer *un peu* la quantité des aliments, surtout au repas du soir. Nous disons *un peu*, car, si on la diminuait beaucoup, il y aurait à craindre de produire, par un autre mécanisme, l'abaissement de la tension abdominale et, par conséquent, d'accentuer les vertiges.

Notre malade a cinquante-cinq ans, il ne faut pas l'oublier, et sa dyspepsie est tout aussi *âgée* que lui. Il importe de ne pas diminuer busquement la *quantité* des aliments, car les tuniques gastro-intestinales sont plus ou moins *forcées* et il est à présumer qu'elles ne sont pas susceptibles de revenir sur elles-mêmes, autrement que d'une façon progressive et lente. En diminuant beaucoup la quantité des aliments, on exposerait le malade aux accidents du *vide abdominal*, par brusque abaissement de la tension abdominale.

2° Il importe de réformer l'hygiène : exercice au grand air après les repas. Pas de vie trop sédentaire. Trois repas par jour. Beaucoup de repos au lit, au moindre malaise.

Boissons en quantité modérée, jamais dans l'intervalle des repas.

3° Enfin, pour obvier aux inconvénients d'une constipation excessive, de temps en temps un lavement froid, tous les trois ou quatre jours.

7 juillet. — Le malade nous affirme que son état est *meilleur, nettement meilleur*. (Il attribue son amélioration principalement à la liqueur amère de Baumé, qu'il a prise sur le conseil d'un confrère. Mais, depuis quelques jours, cette action, bienfaisante au début, est peu appréciable, au dire du malade.)

Néanmoins, il persiste toujours un certain degré d'« embarras de la tête ».

De dix heures à midi, il y a toujours un moment *d'indécision, de malaise, qui disparaît après le dîner. Le moment qui suit le repas de midi est toujours très bon.* Le malade a été frappé par la périodicité des malaises, ce qui lui fait dire que c'est une *sorte de fièvre.* Pas d'aggravation des accidents de cinq heures à sept heures le soir.

Voici comment il nous décrit la genèse de son état vertigineux : « Je suis dehors, je marche, *je fais un petit rot,* tout d'un coup je me sens la tête *prise;* j'éprouve alors de l'*indécision*, je n'oserais pas secouer la tête de peur de tomber ; je suis un peu comme un homme ivre ; puis, en même temps, faiblesse dans les jambes et douleurs le long des tibias, ou en arrière de la jointure du genou. Tous ces malaises sont surtout accusés quand ça se charge *sur la nuque;* alors la tête est plus fatiguée. »

Les premiers lavements, au dire du malade, ont eu une action plutôt *constipante;* il n'allait plus à la selle les jours où il n'en prenait pas. Actuellement il a le plus souvent deux selles par jour.

Appétit modéré, moindre qu'autrefois. Le régime a été suivi d'une façon un peu irrégulière.

Il a passé deux journées à la campagne *sans aucun malaise.* Le second jour surtout a été très bon, et c'est ce jour que le malade s'est laissé allé à manger plus que de coutume.

Il nous raconte que le soir, au lit, il a comme un poids sur l'estomac, en même temps qu'un sentiment de froid qui lui fait appliquer la main à droite et à gauche du creux de l'estomac pour « rétablir la circulation ». Peu à peu la chaleur revient, le poids se dissipe et le malade s'endort.

La langue est blanche et un peu pâteuse. L'examen de l'abdomen révèle toujours une large zone d'empâtement dans le côté droit du ventre et une légère douleur provoquée au même niveau ; cet empâtement est le siège de crépitations faciles à obtenir. Rien d'apparent à gauche. L'estomac, qui ne paraît pas abaissé, a sa limite inférieure à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, clapotage et flot.

Traitement. — L'amélioration, sur laquelle nous comptions par le fait seul de la suppression des laxatifs, s'est produite, mais

d'une façon peu notable. Le temps a manqué et le malade est un impatient. L'appareil digestif est par trop compromis pour recouvrer rapidement la *tonicité perdue*. Que faire alors? Nous pourrions augmenter la quantité des aliments, ce qui est une façon le plus souvent efficace d'augmenter la tension abdominale. Nous ne le ferons pas pour plusieurs motifs :

1° Ce serait faire disparaître un mal pour aller au-devant d'un pire. En effet, sous l'influence de la surcharge alimentaire, il n'est pas douteux que nous verrions les désordres de l'appareil digestif, déjà fort compromis, s'aggraver et prendre une marche rapidement progressive, et cela pour obtenir un mince bénéfice, à savoir la guérison des vertiges, guérison du reste toute momentanée ; car, les troubles dyspeptiques s'aggravant sûrement, nous aurions en retour des accidents vertigineux, après un laps de temps variable (probablement court), sous une forme plus grave et, partant, difficilement curable ;

2° Nous sommes d'autant moins disposé à augmenter la quantité des aliments que le malade a très bien supporté la diminution que nous lui avons imposée, au point que cette réduction n'a pas été un obstacle à une amélioration nettement accusée.

En fin de compte, nous nous sommes décidé à lui donner un peu de calomel, à dose pour ainsi dire *irritante*, de façon non pas tant à le faire aller à la selle qu'à exciter des voies digestives torpides et à leur communiquer une sorte d'*ébranlement*, de *choc*, que nous espérons devoir être le point de départ d'un retour de la tonicité. Le calomel répond à cette indication mieux que tous les autres laxatifs.

Six mois après, nous avons appris, d'un parent de ce malade, que ses vertiges avaient disparu au bout de peu de temps et que maintenant il se jugeait « bien portant ».

Cette observation nous a paru digne d'être relatée complètement, malgré sa longueur ; car le *vertige* y paraît bien comme *un phénomène épisodique*, en rapport avec des troubles de la mécanique digestive.

XII

L'utérus et le gros intestin ont des rapports de voisinage qui nous expliquent suffisamment que les troubles de l'un puissent retentir sur l'autre, et *vice versa*.

Le médecin doit surtout savoir dépister, par la palpation abdominale, les accidents utérins qui ont leur cause dans une déviation fonctionnelle du côlon.

Ces accidents utérins d'origine colique sont communs et affectent des allures extrêmement variables.

Ils sont d'autant plus fréquents que les troubles fonctionnels du côlon sont prédominants chez la femme.

Cette notion pourra rendre de réels services et simplifier bien souvent la thérapeutique gynécologique.

Le 9 mai 1893, nous sommes appelé auprès d'une femme de vingt-six ans qui, depuis quinze jours, souffre horriblement du bas-ventre et a des pertes rouges assez abondantes, au début, pour « salir cinq ou six serviettes » par jour.

Voici son récit :

Tout d'abord, elle ne cesse de répéter qu'elle a toujours joui d'une excellente santé, qu'elle a toujours été très forte et n'a jamais eu aucun accident utérin. Une fausse couche il y a quelques années, sans aucune complication. Interrogée sur la cause présumée de ses pertes, elle nous raconte ce qui suit : elle a soigné son père malade pendant un mois ; elle s'est fait pendant ce laps de temps beaucoup d'ennuis, ne mangeait presque rien. Après la mort de son père, elle mit huit jours à se relever, puis fut prise d'un « appétit féroce » qui dura pendant une dizaine de jours ; rien ne pouvait satisfaire cet appétit ; elle mangeait tout ce qui lui tombait sous la main, se cachait pour manger dans

l'intervalle des repas, car elle était « honteuse de manger ainsi » Cet excès d'aliments arrivait à digérer assez bien ; si elle faisait de l'exercice après les repas, elle ne ressentait pas autre chose que du ballonnement ; si, au contraire, elle ne faisait pas d'exercice, elle était prise d'une envie de dormir invincible après les repas et, à cinq ou six heures du soir, avait des renvois de son dîner de midi. Après huit ou dix jours de ce régime, subitement l'appétit a disparu et en même temps la malade a éprouvé des douleurs et des crampes très vives dans les cuisses, sur la face antéro-externe, avec sensations douloureuses dans la moitié inférieure de l'abdomen. C'étaient comme des « torsions, des contractions », dit-elle. De plus, constipation très accentuée ; *est restée huit jours sans aller à la selle*. Les douleurs abdominales étaient surtout vives dans le côté gauche du ventre.

Ces crampes douloureuses des cuisses, ces douleurs abdominales, avec perte de l'appétit, ont été les seuls symptômes morbides pendant quinze jours ; au bout de ce temps, des pertes rouges abondantes (la malade affirme avoir rendu de gros caillots de sang, l'un était gros comme le poing) sont apparues avec redoublement des douleurs abdominales et avec des maux de reins bien localisés aux régions lombaires et sacrées. Effrayée, elle fait appeler un spécialiste gynécologiste, qui diagnostique une *métrite*.

Au moment où nous la voyons, elle fait depuis trois semaines sans grand succès le traitement dirigé contre la métrite : *injections au sulfate de cuivre*, *hydrastis canadensis*, *ergotine en potion*, *lavements au chloral*, *repos au lit*, *lait et eau de Vichy*. Les pertes sont un peu moins abondantes : elle salit deux serviettes par jour ; mais les douleurs sont toujours aussi vives, l'appétit nul ; la malade maigrit progressivement (elle a maigri de 8 kilogrammes en deux mois environ) ; elle a un teint pâle jaunâtre, les conjonctives nettement ictériques, la langue sale et pâteuse. Le moral est très affecté ; comme elle n'a jamais eu à se plaindre de malaises abdominaux, elle redoute le début d'une maladie grave.

Examen de l'abdomen. — L'inspection ne révèle rien d'anormal : le ventre a conservé sa forme. La main perçoit sans peine des crépitations abondantes sur tout le trajet du côlon ; on a, dans toute cette région, la sensation très nette d'une accumula-

tion considérable de matières fécales, accumulation telle que les contours du côlon ne sont plus distingués; c'est comme une masse absolument irrégulière, masse énorme, très empâtée, qui occupe les deux fosses iliaques, en totalité, et la région sous-ombilicale, sur une hauteur de 4 ou 5 centimètres. Toute cette zone d'empâtement est très douloureuse; cette douleur se perçoit également vive dans les deux hypochondres. La pression de l'épigastre réveille aussi de la sensibilité. En outre, un peu de ballonnement. Le degré de tension abdominale est difficilement appréciable: l'abdomen douloureux se contracte sous la main qui palpe. La zone de sonorité gastrique atteint nettement et même semble dépasser un peu l'ombilic; bruit de clapotage.

En interrogeant les antécédents de la malade, voici ce que nous apprenons: Ne se souvient de rien dans sa première enfance; croissance rapide, vigueur, excellente santé. Réglée à dix ans et demi; ses règles ont toujours été marquées par des douleurs abdominales; de dix à quinze ans, ces douleurs étaient peu accusées et compliquées d'un état migraineux. Depuis quinze ans, voici ce qui se passait: un jour, parfois deux jours avant l'apparition du sang, violente migraine accompagnée de douleurs abdominales, de *vomissements et de diarrhée;* puis, à l'arrivée du sang, tout disparaissait comme par enchantement. Le reste du mois, excellente santé. Durée des règles, deux jours: jamais de leucorrhée. *Grosse, très grosse* mangeuse. A quatorze ans, pesait 73 kilogrammes. A maigri un peu à dix-huit ans, sans être malade toutefois, mais en faisant plus d'exercice. Puis elle s'est bien portée jusqu'à la maladie de son père; elle allait à la selle *à peu près régulièrement.*

Traitement. — Ce soir, un lavement froid d'un litre; demain matin un lavement salé, puis un second lavement froid avec trois cuillerées de glycérine; repos au lit. Régime: des œufs et un peu de café au lait.

10 *mai.* — Dès notre arrivée, la malade nous annonce qu'elle va mieux, que le lavement d'hier soir, suivi d'une abondante selle diarrhéique, lui a fait beaucoup de bien. Elle a passé une très bonne nuit. Le lavement d'eau salée a entraîné un peu de matières et le lavement à la glycérine a été rendu sans matières. Ce matin elle a souffert un peu dans le ventre, de neuf à onze heures;

aucune souffrance tout le reste du jour ; les œufs n'ont pas chargé l'estomac ; les pertes ont également diminué de moitié ; la malade n'a sali qu'une serviette depuis ce matin.

L'examen de l'abdomen nous montre que le côlon descendant est vide. Les côlons transverse et ascendant sont toujours le siège du même empâtement avec crépitations ; le trajet du côlon est également moins douloureux.

Traitement. — Ce soir 30 centigrammes de calomel en trois prises d'heure en heure. Demain matin, un lavement à la glycérine, si les effets du calomel ne sont pas francs ou tardent à se produire. Après-demain, un lavement à la glycérine. Repos au lit ; continuation du même régime.

12 *mai*. — Hier matin, de huit heures et demie à neuf heures et demie, n'a cessé d'aller à la selle ; a rempli *deux vases de nuit* de matières bilieuses noirâtres, mousseuses et fétides, diarrhéiques, avec fragments du volume du bout du doigt. La malade a été vivement étonnée d'avoir des selles aussi abondantes et se demandait d'où pouvaient venir toutes ces matières. Elle a passé une bonne journée, a eu quelques coliques dans la soirée, sans aucune selle ; *aucune perte rouge*. Le soir, elle est restée debout environ deux ou trois heures et s'est sentie mouillée : quelques pertes blanches.

Nuit d'hier à aujourd'hui très bonne. Aujourd'hui, bonne journée ; plus de pertes, *pas trace ;* une petite selle avec le lavement de ce matin, selle diarrhéique et noirâtre.

Examen abdominal. — En se déshabillant, la malade enlève une serviette qui sert à lui soutenir le ventre et nous dit qu'elle l'a mise parce qu'*elle sentait son ventre tomber* et qu'elle en éprouve un grand soulagement. Tout empâtement a disparu sur le trajet du côlon ; on sent le cordon sigmoïdal avec quelques masses en chapelet et on a des gargouillements sur le trajet du côlon ascendant. Presque pas de douleur, sauf encore un peu du côté gauche de l'abdomen, au-dessus de la région iliaque.

18 *mai* 1893. — Les pertes rouges n'ont pas reparu ; le soir, à la fin de la journée, la malade s'est aperçue, à deux ou trois reprises, de quelques pertes blanches. A deux reprises elle a pris de la cascara le soir en se couchant ; chaque fois elle a éprouvé des dou-

leurs dans le côté droit de l'abdomen, immédiatement au-dessous des fausses côtes, avec irradiations dans la région lombaire et jusque dans le dos ; la première fois, les douleurs se sont manifestées à onze heures du soir et ont été suivies d'une selle abondante qui a amené un soulagement complet et une excellente nuit ; la seconde fois, les douleurs se sont manifestées à cinq heures du soir sans évacuation et ont été moins vives. Se plaint de maux d'estomac avec délabrement, à dix heures et à quatre heures, depuis deux jours ; en outre, grande faiblesse générale ; elle ne peut gravir son escalier (un troisième étage) sans se reposer plusieurs fois. L'appétit est irrégulier ; certains jours, faim très vive et, d'autres jours, point d'appétit ; le teint est plus frais et moins pâle ; la langue est légèrement saburrale. Détail important : au moment des maux d'estomac et du délabrement, *a la sensation de boule qui monte le long de l'œsophage et lui serre la gorge*. Elle nous raconte que, depuis deux ans déjà, elle a cette sensation de boule à ces deux moments de la journée. « Elle ne croyait pas que cela avait des rapports avec sa maladie ; aussi ne nous en parle-t-elle qu'aujourd'hui. » En outre, elle a des crises de tristesse ; elle est très énervée ; hier elle a pleuré toute la journée sans cause ; il lui semble qu'elle est menacée d'un grand malheur.

L'examen abdominal révèle : une *hypotension très accusée*, des *masses empâtées le long du côlon ascendant et du côlon transverse*, *masses très nettement perceptibles et crépitantes*. On sent comme un cordon au niveau de l'angle droit du côlon, cordon qui est transversal et semble relier le transverse au côlon ascendant. Sonorité basse qui va du creux épigastrique à l'ombilic ; d'où distension très accusée de l'estomac, sans clapotage (sept heures du soir). Tout l'hypochondre droit est douloureux à la palpation. Par le procédé du pouce, on détermine une douleur de retentissement à la partie inférieure du sternum ; en cherchant le cæcum on produit une douleur, moins vive que la précédente, au creux épigastrique. Plus de douleur, comme aux précédents examens, au niveau de l'S iliaque (chaque jour lavement de glycérine qui entraîne un peu de matières).

Traitement. — Un lavement de glycérine tous les matins ; demain soir, de nouveau 30 centigrammes de calomel ; alimenta-

tion restreinte; café au lait, œufs et viandes rôties; eau de Vals n° 5; peu de boissons; repos.

Nous arrêtons là l'observation de cette malade, que nous avons d'ailleurs suivie jusqu'à sa guérison complète.

En définitive, il s'agissait d'un tube digestif en voie d'affaiblissement et passagèrement encombré; les métrorrhagies ont disparu avec l'encombrement colique, sans traitement spécial.

XIII

La dyspepsie est une maladie à *lente évolution.*

La phase intestinale est particulièrement silencieuse chez les *Forts*, dont la période de tolérance peut être longue.

Le *début brusque* n'est jamais qu'une apparence symptomatique.

Mme X..., cinquante-six ans.— Cette malade donne peu de renseignements sur son état de santé pendant sa jeunesse. Elle se rappelle cependant qu'étant jeune fille elle avait fréquemment des bouffées de chaleur et des rougeurs à la figure après les repas. Fièvre typhoïde à dix-huit ans. Douze enfants ou fausses couches; après chacune de ses couches, elle prit de l'embonpoint. C'est actuellement une femme grosse, légèrement obèse, au teint frais. Depuis quinze ans, un peu de gonflement et de ballonnement après les repas; légère oppression, souffle court pendant la marche. Eczéma de la face, à trois reprises différentes, totalement disparu.

Les selles ont toujours été régulières; une selle tous les matins; jamais de diarrhée; pas d'hémorrhoïdes. Depuis plusieurs années, un point douloureux presque constant dans la région lombaire droite, avec irradiation dans le flanc droit. Pas de migraine ni de céphalalgie.

Depuis quinze ans, se réveille toutes les nuits, vers une heure; lassitude au réveil; pas d'appétit, ne prend le matin qu'une tasse de café noir. Il y a deux ans, légères crampes d'es-

tomac se produisant la nuit, de préférence ; ces crampes ont peu duré et ont disparu sans traitement. Peu de renseignements sur cet épisode et sur l'état des selles à cette époque.

Il y a deux mois, à six reprises différentes et à intervalles inégaux, cette malade a éprouvé les symptômes suivants : le soir, urinant avant de se mettre au lit, elle était saisie d'une douleur violente, dès l'émission terminée. Cette douleur débutait par le bas-ventre, puis remontait dans le côté droit de l'abdomen vers la région lombaire droite. La malade se mettait au lit et cette douleur disparaissait au bout d'un moment.

Il y a quinze jours, pour la première fois, elle accuse de la constipation; selle irrégulière, dure, tous les deux ou trois jours. Puis, une nuit, à une heure, apparition subite d'une crampe d'estomac, excessivement violente. Depuis, ces crampes se sont reproduites presque toutes les nuits, à la même heure, avec le même caractère. Début par une sensation de vrille, nettement localisée au creux épigastrique; la douleur remonte ensuite derrière le sternum jusqu'au cou; il semble, dit la malade, qu'on lui *visse* quelque chose dans la poitrine. Irradiation dans le flanc droit, horizontalement, jusqu'à la région lombaire ; jamais rien du côté gauche. Soif vive. La crise douloureuse s'éteint peu à peu dans le courant de la nuit.

Examen de l'abdomen. — Ventre volumineux, à parois épaisses, plat dans la région épigastrique, globuleux au dessous ; s'étale sur les épines iliaques et sur le pubis; l'ombilic est abaissé. La sonorité de l'estomac à la limite supérieure est abaissée ; clapotage profond, très étendu, descend jusqu'à l'ombilic. Ventre rénitent dans sa portion globuleuse, mais se laissant facilement déprimer par la palpation. A droite, on a la sensation d'une masse volumineuse, allongée, qui se déplace sous la main et qui, à un moment donné, échappe aux doigts qui la palpent; il se produit alors un ressaut, douloureusement perçu par la malade. Sensation analogue, quoique un peu moins nette, du côté gauche, au niveau du siège du côlon transverse.

Rien aux poumons; léger souffle à la pointe du cœur, avec prolongation du premier bruit. Mictions abondantes.

Cette malade a présenté, entre autres particularités intéressantes, des douleurs débutant, après la miction, dans le bas-ventre, se prolongeant dans le côté droit de l'abdomen et de la région lombaire, et disparaissant peu après avec le repos au lit. Nous n'insisterons pas sur cet épisode, qui paraît tout d'abord insignifiant et négligeable, mais qui n'est peut-être pas sans signification pour quiconque a la notion des modifications de statique que peut produire l'évacuation de la vessie dans un abdomen dont la tension est diminuée, avec une surcharge colique aussi prononcée que celle présentée par la malade.

Le fait le plus important à relever est le suivant: voici une malade qui a été prise brusquement, il y a quinze jours, de crampes d'estomac extrêmement douloureuses, survenant la nuit, à heures fixes. Il s'agit d'une femme vigoureuse, haute en couleur. Depuis sa fièvre typhoïde, à l'âge de dix-huit ans, elle a toujours joui d'une bonne santé ; à peine quelques malaises, auxquels elle a attaché assez peu d'importance pour les avoir presque oubliés : un peu de ballonnement après les repas, quelques crampes légères il y a deux ans. Pour elle, sa maladie ne date que de quinze jours ; et le médecin ne serait pas éloigné de le croire avec elle. Cependant l'examen révèle des signes objectifs d'une ancienneté évidente et d'une gravité déjà inquiétante : hypotension de l'abdomen, affaissé à sa partie épigastrique ; vaste clapotage de l'estomac, qui descend jusqu'à l'ombilic ; stase colique énorme et nettement accusée en deux points au moins du trajet du gros intestin, côlon ascendant et côlon transverse gauche.

Ce sont là des signes qui, semble-t-il, devraient témoigner d'un long passé de troubles digestifs sérieux et qui cependant ont coïncidé avec un état de santé satisfaisant : fait paradoxal et qui paraît en contradiction avec notre manière de voir. L'explication en est simple. Nous avons affaire ici à une malade *forte;* douze grossesses n'ont pu venir à bout de sa vigou-

reuse constitution; la stase colique s'est installée, la tension abdominale a faibli *peu à peu*; mais la compensation, qui se développait parallèlement, a prévenu la faillite du tube digestif, la malade restant sous la menace constante d'accidents, dont la brusque apparition pouvait faire croire au début, brusque également, de la dyspepsie.

Cette observation vient corroborer ce que nous avons déjà dit ailleurs : la dyspepsie n'a pas un début brusque. Les faits, qui paraissent en opposition avec ce principe, s'expliquent toujours, soit par une recherche insuffisante des antécédents du malade, soit, et le plus souvent, par la période latente, souvent longue, particulière aux malades forts, et pendant laquelle, grâce à la compensation, des troubles profonds de la statique abdominale ont pu s'installer sans donner lieu à aucun symptôme fonctionnel apparent.

Une autre particularité digne d'intérêt, c'est la longueur de la période de tolérance; et, à ce point de vue, c'est un enseignement précieux que nous fournit l'observation de cette femme de cinquante-six ans, c'est-à-dire d'une femme arrivée au seuil de la vieillesse, qui n'a jamais eu à se plaindre d'un système digestif depuis si longtemps en voie de désorganisation.

Notons enfin, comme phénomènes intéressants qui trouvent facilement leur explication dans notre doctrine pathogénique, l'engraissement après chaque couche, et le réveil à heure fixe toutes les nuits, depuis quinze ans.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° Pour qu'une observation donne tout l'enseignement clinique qu'elle comporte, il faut qu'elle soit *complète*.

On n'observe ordinairement bien que ce que l'on connaît.

Or, la plupart des faits essentiels qui appartiennent à l'évolution de la dyspepsie étant inconnus, il s'ensuit que les observations publiées sont généralement *incomplètes* et, par-

tant, sont restées sans signification. Il est nécessaire de *fouiller* les antécédents du malade, particulièrement les toutes premières années de la vie. Il est indispensable, en outre, d'apporter un complément de *signes physiques*, que la palpation abdominale méthodique et systématique peut seule fournir.

Si les auteurs, qui ont entrepris l'étude clinique de la dyspepsie, avaient suivi ces préceptes, ils se seraient gardés de créer des *entités morbides*, ayant pour substratum tel segment ou telle réaction physiologique des voies digestives. Ils se seraient gardés de parler du *début brusque* de la dyspepsie : en réalité, les troubles fonctionnels digestifs évoluent depuis de longues années et ont généralement mis l'organisme en imminence de faillite, quand la maladie se révèle par de *soudaines* et *bruyantes* manifestations.

La vie d'un malade présente toujours de l'*unité :* l'étude des fonctions digestives fait comprendre cette unité et en donne la raison pathogénique dans la majorité des cas.

2° Il faut élargir le cadre de la dyspepsie. Les troubles digestifs sont *à l'origine* du plus grand nombre de nos maladies chroniques et aiguës : les relations pathogéniques sont *immédiates* avec les états chroniques et *médiates* avec les pyrexies. Nous achèverons de le montrer dans la troisième partie de cet ouvrage.

Il est certain que la connaissance des nombreuses déviations des fonctions digestives dispense absolument d'avoir recours à certaines abstractions, comme l'arthritisme, l'herpétisme, etc. Tous les malades ainsi diathésiques présentent au clinicien un faisceau de gros signes physiques, de renseignements anamnestiques précis, *généralement négligés*, et, grâce à ces données, peuvent être l'objet d'un traitement hygiénique rationnel.

3° La dyspepsie peut rester *latente* pendant de longues années, parfois même pendant la vie entière d'un malade.

Elle ne se manifeste, en tant que trouble localisé du tube

digestif, qu'au moment où l'*appareil mécanique proprement dit* de la digestion est *forcé*.

Chez les *Forts*, la résistance de cet appareil mécanique explique la longueur de la période latente; elle donne, en outre, la raison de ce fait que les *manifestations viscérales éloignées* (artério-sclérose, syndromes diathésiques, certaines lésions hépatiques ou rénales, etc.) précèdent souvent, chez eux, la localisation digestive.

Les types cliniques sont d'ailleurs nombreux et variés.

C'est pendant cette période de latence qu'apparaissent les troubles de la *nutrition générale* consécutifs aux vices de la digestion; c'est pendant cette même période que l'hygiène alimentaire pure et simple, commandée par l'état objectif des voies digestives, fait disparaître rapidement tous ces troubles et en démontre ainsi l'origine.

Chez les *Faibles*, la dyspepsie s'épuise pour ainsi dire en *troubles localisés :* peu ou pas de manifestations viscérales éloignées.

Enfin, si l'on donne au terme dyspepsie le double sens de *trouble de la digestion* et de *trouble consécutif de la nutrition* (et la clinique semble l'exiger), on arrive à cette conclusion : les vrais dyspeptiques ne sont pas toujours ceux qu'on pense.

TROISIÈME PARTIE

ÉTIOLOGIE ET HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

En abordant cette étude, notre désir n'est point de faire une complète énumération des causes de la dyspepsie, mais bien de les classer dans l'ordre hiérarchique où nous les observons, et, avant tout, de faire ressortir la variabilité de leur importance suivant l'organisme malade.

Hérédité anatomique. — Avant de grouper les causes secondes, il convient donc de se demander quel est le degré de résistance générale de la mécanique digestive. En d'autres termes, c'est la question d'hérédité qui se pose tout d'abord.

Il importe que nous déclarions immédiatement ce que nous devons entendre par *hérédité*. Voici un jeune homme qui a des antécédents héréditaires de goutte et qui devient goutteux lui-même. Ses ascendants ne lui ont point légué la goutte, mais un organisme copié sur le leur, ayant les mêmes points faibles, les mêmes réactions physiologiques. Ils lui ont légué en outre leur fortune, leur éducation, leurs habitudes de vie individuelle, leur milieu social, etc. Finalement ce jeune homme

devient goutteux, parce qu'il a, réalisées en lui-même et autour de lui, toutes les conditions favorables à l'éclosion de cette maladie. Mais le rôle de l'hérédité, dans ce cas, se réduit à la transmission d'un organisme semblable à celui qui l'a procréé, ayant les mêmes faiblesses et les mêmes résistances ; il s'agit, à proprement parler, d'*hérédité anatomique*.

Or, les dyspeptiques nous offrent à étudier une hérédité de *force* et une hérédité de *faiblesse*. Ce qui nous ramène à notre division fondamentale : les Forts et les Faibles, deux types bien différenciés dès le début comme dans tout le cours de la vie pathologique. Le Fort est l'individu de stature droite, aux larges épaules, aux reliefs musculaires puissants. Dès la naissance vigoureux, c'est l'enfant précoce, qui excelle à tous les exercices du corps et dont l'appétit ne se dément jamais. La musculature digestive a eu un développement parallèle à celui de tous les autres appareils musculo-ligamenteux. Parfois, l'excellence de ceux-ci va de pair avec une croissance égale de l'organisme ; dans d'autres cas, ce n'est qu'une prééminence acquise aux dépens d'un ou de plusieurs appareils.

Il y a souvent une sorte d'antinomie entre le système nerveux qui commande et les leviers qui obéissent ; les cerveaux puissants ne se trouvent généralement pas chez les athlètes.

Quoi qu'il en soit, il y a toute une catégorie d'individus qui sont doués d'un pouvoir digestif remarquable et il est bien rare qu'ils ne soient en même temps d'une grande vigueur physique et pourvus d'une forte charpente osseuse et musculaire.

On trouve au contraire, et c'est monnaie courante chez les dyspeptiques, une classe de gens qui fait contraste avec la précédente : les membres sont grêles, sans reliefs musculaires, la taille est souvent petite, le dos plus ou moins voûté. Peu enclins aux exercices du corps, ils ont eu une enfance délicate, un développement physique tardif ; en un mot, ce sont les

Faibles, ceux dont la musculature générale et digestive a été précaire dès la naissance, parfois, il est vrai, au profit du système nerveux, en particulier de l'encéphale, comme si la nature s'était plue au désordre, à l'anarchie, en disproportionnant la force d'exécution avec la puissance de commandement !

Entre ces deux types extrêmes, que le clinicien ne doit jamais perdre de vue, il y a de nombreux intermédiaires ; et souvent nous avons été surpris de trouver, chez un individu d'apparence extérieure délicate, tous les attributs de la force, et *vice versa*. Il y a de faux Faibles, comme il y a de faux Forts.

A ce propos, nous nous souvenons d'un de nos malades, appartenant à une famille de géants et de gros mangeurs ; lui-même avait une taille et une carrure bien au-dessus de la moyenne. Sans aucun motif étiologique précis autre que des excès d'alimentation, il était devenu obèse, essouflé, dyspeptique à trente ans, alors que son frère, aussi gros mangeur et menant la même vie que lui, était, à trente-six ans, en parfaite santé et nullement obèse. Notre malade avait évidemment des apparences mensongères et se trouvait doué d'une constitution anatomique inférieure à celle de son frère, malgré une égalité de taille et de carrure. En dernière analyse, la force d'un organe ne réside pas toujours dans son volume, mais bien dans l'excellence de sa structure intime ; la qualité importe plus que la quantité.

Cette considération n'est point sans signification ; elle permet de soupçonner *a priori* combien cette division des malades en Forts et Faibles est profondément clinique. Il n'est pas toujours facile, en face d'un cas particulier, de se prononcer catégoriquement, et une analyse subtile et minutieuse n'est point superflue dans beaucoup de circonstances. En revanche, cette distinction, bien et dûment établie, sera le pivot autour duquel vont évoluer pathogénie, hygiène et prophylaxie.

L'influence ainsi comprise de l'hérédité nous donne un premier motif de la fréquence des troubles digestifs chez la femme. Celle-ci, on le sait, ne brille pas par la vigueur de son appareil musculo-ligamenteux. D'autres causes viennent se surajouter à cette hérédité de faiblesse; elles seront étudiées plus loin.

Il arrive ainsi que l'*hérédité anatomique* domine l'étiologie des troubles de la péristaltique gastro-intestinale. Les motifs, pour lesquels cette notion est restée dans l'oubli, méritent d'être exposés. Les Forts ne ressentent et ne manifestent leurs troubles dyspeptiques qu'à une époque tardive ; l'apparition franche des symptômes abdominaux est postérieure et paraît toujours secondaire à une série d'accidents qui, d'après l'opinion classique, n'ont aucun rapport avec le tube digestif. De telle sorte que le clinicien, en face des désordres de l'estomac ou de l'intestin, est enclin ou à créer une entité morbide sans lien de parenté avec les maladies précédentes, ou à mettre ces désordres sur le compte d'une diathèse englobant et expliquant les épisodes morbides de la vie entière du malade. La diathèse a eu tous les honneurs jusqu'à ce jour, parce qu'on n'examine pas ce qu'on ne sait pas examiner: l'abdomen. L'abdomen du Fort est, d'ailleurs, très difficile à palper.

Les Faibles, de leur côté, ont présenté des allures bien différentes : les accidents, dus à la dyspepsie, ont apparu de bonne heure, parfois même au sortir de l'enfance, ce qui incite alors le médecin à incriminer l'*hérédité pathologique directe*.

En définitive, les Forts et les Faibles paraissent si dissemblables qu'aucune comparaison entre eux n'est jamais venue à l'esprit: les premiers sont victimes simplement ou d'une diathèse ou d'excès quelconques; les seconds portent le poids de l'hérédité pathologique. Et cependant la clinique montre qu'en règle générale, à l'âge où le Faible est déjà franchement dys-

peptique, le Fort est en train de le devenir et que les accidents que présente ce dernier, en apparence étrangers à la digestion, ont cependant leur véritable origine dans le tube digestif.

Un autre motif a fait méconnaître cette importance de l'hérédité anatomique, c'est l'origine obscure et toujours lointaine des troubles digestifs. Pour arriver au germe de la maladie, il faut généralement remonter à la première enfance, en particulier au nourrissage.

Nourrissage. — Nous sommes ainsi amené à parler des causes *secondes* de la dyspepsie, parmi lesquelles les vices du nourrissage occupent incontestablement le premier rang. Cette première période de la vie est en quelque sorte décisive : bonne, elle confère à l'individu une quasi-immumité qu'il ne perd que par sa propre faute ; mauvaise, elle affaiblit l'organisme d'une façon à peu près définitive, le désigne à la maladie dans un délai plus ou moins rapproché. C'est ainsi que parfois, l'enfant né de parents vigoureux et bien portants, par conséquent doué d'une forte constitution, va passer de la catégorie des Forts dans celle des Faibles, pour avoir subi un nourrissage défectueux. L'allaitement par une mère malade, les changements successifs de nourrices, le sevrage prématuré ou maladroit, telles sont les causes banales des accidents de la première enfance. L'accouchement avant terme est également une cause cause fréquente de morbidité chez les enfants.

Puis, au sortir de l'allaitement, on voit ces enfants pâles et chétifs, aux chairs flasques, à la figure bouffie, sujets aux accidents gastro-intestinaux (diarrhée verte, ballonnement du ventre, vomissements, convulsions), on voit, dis-je, ces enfants devenir la proie de toutes les maladies infectieuses, rougeole, varicelle, scarlatine, coqueluche, angines aiguës, éruptions cutanées diverses. Deux faits nous ont particulièrement frappé : le rôle véritablement nocif de la coqueluche, d'une part, et d'autre part, l'immunité de certains enfants pour toutes les maladies

que nous venons d'énumérer. Beaucoup de malades racontent que leur santé a toujours laissé à désirer depuis une coqueluche interminable, qu'ils ont eue à sept, huit, dix ans. Il est vraisemblable que, dans ce cas, la coqueluche a une double influence sur l'organisme : en tant que maladie infectieuse, elle crée une *atonie* des voies digestives, point de départ de troubles dyspeptiques qui deviennent permanents parce qu'ils sont ignorés et non soignés ; en outre, les secousses brusques et violentes, imprimées aux organes abdominaux par les quintes de toux incessantes, ont très certainement pour effet de modifier la statique abdominale, soit en tiraillant les ligaments, soit même en amenant un déplacement de certains segments du tube digestif. Nous ne pouvons appuyer cette affirmation sur des observations précises. Toutefois, la place importante, qu'occupe la coqueluche dans les antécédents des malades, nous paraît autoriser pleinement une interprétation semblable.

Dans un autre ordre d'idées, il est frappant de constater que les individus forts, dont la maladie est récente, ont généralement été indemnes des maladies infectieuses de la première enfance au même titre que de tous les accidents du nourrissage. De même, si l'on a soin de surveiller les fonctions digestives des enfants, de leur imposer une hygiène alimentaire rigoureuse et éclairée, il est rare qu'on ne les préserve pas ainsi de toute maladie aiguë sérieuse. Nous pourrions citer des exemples d'enfants, issus de parents dyspeptiques, nés dans les plus mauvaises conditions possibles, et d'une constitution faible, analogue à celle des parents, qui se sont néanmoins développés le plus heureusement du monde, sans aucune des maladies aiguës si fréquentes à cet âge, grâce aux soins vigilants dont on a entouré leur digestion. En résumé, les accidents du nourrissage, qui portent toujours sur le tube digestif, ont une gravité toute spéciale, pour le présent et surtout pour l'avenir. Car ils impriment à l'organisme un double cachet de faiblesse

générale, qui le rend plus accessible à une maladie infectieuse, et de faiblesse digestive, d'où l'enfant ne se relève jamais que d'une façon incomplète. Les maladies aiguës ultérieures viennent aggraver cette faiblesse digestive, en attendant que dans la jeunesse et l'âge mûr d'autres causes se surajoutent pour faire de notre sujet un véritable malade. Toutefois ce n'est le plus souvent qu'après des assauts répétés et séparés par un laps de temps plus ou moins grand que la dyspepsie acquiert enfin droit de cité dans l'organisme ; celui-ci peut compenser, pendant de longues années, des troubles digestifs peu graves, à évolution lente, qu'on est en droit de considérer comme latents. C'est là un des points les plus intéressants de l'histoire naturelle de la dyspepsie. Un adolescent se plaint de malaises insignifiants, maux de tête, palpitations, toux sèche, etc. ; il considère sa digestion comme parfaite et accuse un excellent appétit, des selles régulières. Vous examinez l'abdomen et vous trouvez, à votre grande surprise, une diminution nette de la tension abdominale, du clapotage gastrique, un côlon affaissé et rétracté sur une masse pâteuse au niveau du cæcum ; les conjonctives ont une teinte subictérique et la langue est irritée, rouge sur les bords, couverte en arrière d'un enduit jaunâtre. Suivez ce jeune malade, et, au bout de quelques mois ou de quelques années, vous verrez éclater les troubles digestifs dont il vous était facile de prévoir l'éclosion, grâce à l'existence de tous les signes physiques de la dyspepsie. Il eût été non moins facile de prévenir ces troubles par une hygiène appropriée. C'est là le point de pratique important, que nous désirons signaler au praticien. Le petit malaise, pour lequel le jeune sujet demande des conseils, n'est rien que le signe révélateur d'un état dyspeptique encore latent, mais en voie d'évolution, contre lequel le médecin doit diriger ses efforts. C'est ainsi qu'on évitera de mettre sur le compte de la croissance, qui est un phénomène physiologique, des accidents imputables en réalité à une cause méconnue, et qu'on pourra instituer

une thérapeutique précise et efficace, au lieu de conseils plus ou moins vagues et incorrects, comme la théorie qui les inspire.

Quelles sont maintenant les causes qui vont créer la dyspepsie, chez l'adulte bien portant, ou en grossir les symptômes, chez l'adulte débile, plus ou moins valétudinaire depuis sa naissance?

Ingesta. — On mange trop, on boit trop : telle est la conclusion générale de nos observations. Et cet excès dans la quantité des aliments solides et liquides se commet précisément dans la classe des gens qui dépensent le moins. Il est certain, par exemple, que l'individu qui occupe ce qu'on est convenu d'appeler une position libérale fait des repas à la fois plus copieux et plus substantiels que l'ouvrier et le travailleur des champs. Pour se convaincre de la réalité des excès d'alimentation qui se font chaque jour d'une façon plus ou moins inconsciente, il suffit de passer quelques instants dans un restaurant fréquenté par la clientèle riche et d'observer le défilé des mets, les variétés de vins et finalement l'aspect pléthorique des clients à la fin du repas. Et il ne s'agit pas d'un écart exceptionnel. Si vous observez le repas suivant, vous trouverez les mêmes gens, avec le même appétit, en face d'une table aussi chargée. L'intervalle de ces deux repas, souvent rempli par une vie oisive, n'est en tout cas jamais occupé par des travaux physiques exigeant une dépense équivalente à la quantité de force, représentée par la masse des aliments ingérés. Cette quantité d'ingesta impose au tube digestif un travail mécanique considérable, bientôt au-dessus de ses forces, suivant la vigueur du sujet et de sa musculature digestive. Deux ordres de troubles vont se déclarer, si l'individu est fort : d'abord une insuffisance relative de la péristaltique digestive, qui se traduira par des signes de stase gastro-cæcale, et secondairement des altérations anatomiques viscérales (foie, reins, cerveau, etc.) en rapport avec le degré de noci-

vité des produits incomplètement élaborés par le tube digestif. Souvent les modifications de la statique abdominale passent inaperçues, soit parce que la résistance mécanique du tube digestif est considérable et capable de réduire au silence les tiraillements provenant des stases, soit parce que les complications viscérales, par leur caractère bruyant ou par leur gravité ont le pas sur les symptômes digestifs proprement dits. Si l'individu est faible, cette suralimentation ne sera pas de longue durée; la compensation ne pourra se faire ; les douleurs par tiraillements, les signes d'intolérance gastro-colique seront précoces, et des souffrances bien locales, nettement digestives, souvent sans complication viscérale, par faiblesse pure et simple et dislocation du canal alimentaire, vont imposer de force une sobriété bienfaisante.

A côté de ces mangeurs inconscients, on peut observer toute une catégorie de gens s'astreignant, par tempérament ou par faiblesse des voies digestives, à une alimentation sobre et choisie, dont ils se font une règle invariable. Il n'est pas besoin d'avoir un sens clinique supérieur pour être frappé de l'excellence constante de leur santé, souvent malgré une constitution débile ou un labeur acharné. Les grands travailleurs ne sont-ils pas remarquables par leur sobriété ? La quantité de nourriture nécessaire à un organisme adulte, pour l'entretien de toutes ses fonctions, est beaucoup plus petite qu'on ne le pense généralement. Et, quand un homme allègue la nécessité d'un repas copieux pour jouir de tous ses moyens, on peut affirmer que son tube digestif est dans un état pathologique. Après un fonctionnement exagéré, le tube digestif fait sentir sa fatigue, son surmenage par un état général et parfois local de faiblesse, qui appelle le réconfort d'un nouveau et copieux repas. Celui-ci impose à son tour un travail exagéré aux fonctions digestives, et c'est ainsi que se crée le cercle vicieux dyspeptique. Telle est la vérité, d'observation clinique et de simple bon sens à la fois.

Un des meilleurs signes d'intégrité des voies digestives, c'est la possibilité de rester longtemps à jeun, sans éprouver aucun malaise, ni général ni local.

Après la quantité des *ingesta*, il faut en étudier la qualité. Plus nous avançons et plus nous sommes convaincu que celle-ci a une importance relativement restreinte : il s'agit, bien entendu, d'alimentation chez des gens en bonne santé et non point chez les malades. Un individu, qui mange peu, peut user à peu près indistinctement de tous les mets. Il est par contre évident que, si à une quantité exagérée s'ajoute une qualité défectueuse, les effets de la surcharge se trouvent accrus de ceux qui résultent du contact de la muqueuse avec des substances nocives. Les viandes faisandées, tous les mets épicés, les sauces, les crudités, les mets fermentescibles, farineux ou sucrés, ont sur les voies digestives une action irritante particulièrement funeste. En résumé, la qualité des aliments peut être envisagée, dans son action nocive, à un double point de vue : chez les riches, mets trop succulents, trop substantiels ; chez les pauvres, mets souvent frelatés et peu alibiles ou altérés dans leur composition normale ; chez ceux-là, variété trop grande qui crée un danger véritable en excitant le goût et en faisant naître une sorte d'appétit factice ; chez ceux-ci, uniformité, monotonie qui émousse l'appétit et contribue à diminuer l'ingestion d'une nourriture déjà insuffisamment pourvue d'éléments utiles.

Et c'est de cette alimentation mauvaise ou trop abondante que naissent les irrégularités de l'appétit et, par conséquent, des repas. Le gros mangeur agrandit son estomac et ses intestins ; l'appétit, pendant un temps donné, croît proportionnellement ; plus on mange, plus on veut manger, quand on a été doté par l'hérédité d'un vigoureux estomac. D'où la multiplication éventuelle, c'est-à-dire l'irrégularité, des repas. Quant à l'estomac faible, qui s'est essayé en vain à la suralimentation, il est sorti en quelque sorte amoindri de la lutte, et aux

repas légers correspondent généralement des besoins de prendre fréquents, qui créent ainsi une autre forme de l'irrégularité. Est-il besoin d'ajouter qu'une alimentation de quantité insuffisante ou de qualité mauvaise peut aboutir au même résultat, le *tonus* qu'elle apporte avec elle étant inférieur aux besoins de la mécanique digestive?

Ce ne sont point là les seuls motifs d'irrégularité de l'alimentation ; il convient de faire une part importante aux exigences professionnelles. Trop souvent les heures des repas sont subordonnées aux loisirs que laissent les affaires. Signalons l'habitude déplorable qu'ont beaucoup de commerçants de prendre leurs repas à la hâte ou de les interrompre, souvent un grand nombre de fois, pour répondre à leurs clients. C'est là une des causes qui font que la profession de boutiquier paye un si lourd tribut à la dyspepsie.

Au point de vue des troubles de la mécanique propre du tube digestif, la question des liquides nous paraît se présenter sous le même jour que celle des solides: la quantité avant tout est nuisible. Que de gens pourraient se ménager le privilège de boire impunément du vin jusqu'à la fin de leurs jours, s'ils savaient en user modérément ! Nous tenons même le bon vin vieux pour un excellent stimulant du tube digestif, à condition d'en prendre une quantité toujours très modérée et variable d'ailleurs suivant un grand nombre de circonstances, à condition même de savoir s'en priver totalement à l'occasion. Le plus léger retard de la digestion, contrairement à l'opinion courante, est pour nous une contre-indication formelle à l'usage du vin; s'il n'y a aucun signe de surcharge, si les selles sont régulières et abondantes, si toutes les fonctions de l'organisme s'exécutent avec ce brio qui donne la démarche alerte et la pensée facile, le vin à petite dose deviendra, au contraire, un breuvage à la fois agréable et salutaire. Cette réserve faite, nous restons convaincu qu'en règle générale l'eau est la véritable boisson de choix ; et, pour s'en

convaincre, il suffit d'observer certains individus non malades, mais aux voies digestives fragiles, dont le fonctionnement est pour ainsi dire perpétuellement oscillant. Pendant une mauvaise période, la suppression du vin est réclamée par l'estomac, et c'est par l'usage de l'eau que le niveau des fonctions digestives remonte à la normale. Le vin est surtout préjudiciable aux Faibles, en même temps qu'aux gens adonnés à l'étude et habitant les grands centres. Les campagnards supportent mieux l'usage et même l'abus du vin, nous l'avons observé fréquemment.

Nous ne nous appesantirons pas sur le rôle nocif incontestable et bien connu des boissons alcooliques, autres que le vin ; toutes sont mauvaises, quelle que soit leur étiquette. Cependant nous tenons à faire une réserve au sujet de leur action: trop généralement on ne voit que l'alcool et on ne s'arrête pas à la quantité de liquide. Or l'indigestibilité des liquides, quels qu'ils soient, est *évidente ;* et, quand on interroge soigneusement les dyspeptiques à ce point de vue, particulièrement les femmes, moins adonnées que les hommes aux spiritueux, on est frappé du nombre de malades non alcooliques qui boivent d'une façon déréglée soit en mangeant, soit en dehors des repas. De même, la guérison reste subordonnée à la diminution de la quantité des liquides. Les boissons prises abondamment sont nuisibles, quel que soit le moment de la journée où elles sont ingérées. Toutefois nous serions tenté de croire qu'elles ont leur action relâchante maxima sur la tonicité digestive, lorsqu'elles sont absorbées aux repas ; elles semblent paralyser dans une certaine mesure l'éréthisme fonctionnel qui résulte du contact de l'aliment solide avec la muqueuse digestive, soit en diluant les aliments et en empêchant ainsi l'intimité du contact, soit en pesant sur l'estomac au point de gêner ses contractions. Dans certains cas, cette gêne mécanique ne paraît pas contestable. Toujours est-il qu'il importe de distinguer le rôle, joué par la masse liquide dans les défor-

mations du canal alimentaire et dans les troubles de sa péristaltique, des effets corrosifs produits par les alcools ou les essences sur la muqueuse d'abord et les tuniques musculaires secondairement.

Parmi les liquides qui ont une action affaiblissante sur la musculature digestive, il convient de citer au premier rang le *lait*. L'usage si répandu de ce liquide, que les médecins recommandent et que les malades prennent dans des affections si diverses, est plein d'enseignements pour qui étudie la pathologie digestive. Un fait bien connu, c'est l'intolérance absolue de certains estomacs pour le lait. En règle générale, cette intolérance s'observe dans la catégorie des gens que nous appelons les *Faibles*. Le rapprochement de l'action affaiblissante du lait et de son intolérance de la part dès Faibles est suffisamment suggestif et se passe de commentaires. Les *Forts*, au contraire, usent volontiers du lait, et, s'il est des exceptions, c'est qu'on a affaire soit à une intolérance par simple dégoût (les gens habitués à l'usage des boissons excitantes ne peuvent sentir le lait, ils le trouvent d'une fadeur nauséeuse), soit à l'impossibilité de le digérer par faiblesse avancée des voies digestives chez un individu déjà malade, qu'il le veuille ou non. Un second fait pathologique, communément admis, c'est l'affaiblissement général du fait de la diète lactée exclusive. Ce qui signifie affaiblissement du tube digestif et diminution de la tension abdominale, si caractéristiques que nous ne croyons pas être téméraire en nous faisant fort de dépister l'usage exclusif ou immodéré du lait, rien qu'en palpant l'abdomen.

Avec les notions cliniques que nous avons sur la mécanique digestive, la tolérance variable du lait, suivant les individus, perd toute espèce de caractère mystérieux, et le terme, aussi commode que vague, d'idiosyncrasie, constamment mis en avant, n'a plus de raison d'être : les Faibles ne peuvent et ne sauraient tolérer le lait pas plus que les boissons en général ;

les Forts tolèrent le lait, et cette faculté ne disparaît chez eux qu'avec la maladie, qui leur en inspire le dégoût ou les ramène dans la catégorie des Faibles. Toutefois, le lait semble occuper un rang supérieur dans la hiérarchie des liquides indigestes, probablement à cause de sa composition qui en fait un liquide éminemment altérable et fermentescible, lorsqu'il séjourne plus que de raison dans la cavité digestive.

Il est néanmoins acquis que le lait a ses indications et peut rendre de grands services que nous spécifierons en traitant de l'hygiène thérapeutique. Nous tenions seulement à mettre les praticiens en garde contre la prescription du lait à la légère. Il ne suffit point d'être en face d'un cardiaque ou d'un albuminurique, pour ordonner l'usage du lait *larga manu ;* il faut encore que le bilan des forces digestives soit scrupuleusement établi, que la dose quotidienne, le mode d'ingestion et la durée de l'alimentation lactée répondent strictement aux indications fournies par l'examen abdominal. Nous avons vu des cardiaques, des albuminuriques, aussi bien que de simples dyspeptiques, réduits à un état de faiblesse générale et digestive véritablement grave, par la diète lactée.

A l'usage aveugle du lait ne s'arrête malheureusement pas ce qu'il faut avoir le courage d'appeler la complicité du médecin. L'esprit humain, même formé par le spectacle des faits si complexes de la nature, ne peut se déshabituer des formules simples : à telle maladie, convient tel remède. C'est là le principe qui dirige trop souvent la thérapeutique. De là un triple abus, qu'on retrouve à chaque instant dans l'histoire des malades : abus des *toniques*, des *purgations* et des *drogues*.

Les toniques sont surtout en faveur auprès de la clientèle pauvre, dans les consultations des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance. De plus, leur véhicule le plus ordinaire est le vin. Ce simple rapprochement éclaire déjà une des faces de la question : le tonique est recherché à cause de sa saveur agréable et de l'effet stimulant, également agréable, produit par l'alcool.

Quant à l'action propre du principe dit tonique, quinquina, kola, etc., il est difficile de la distinguer cliniquement. On ne pourrait que faire des conjectures. Notre avis est que les toniques ont sur la muqueuse digestive des effets manifestement irritants qu'ils doivent, pour une part sensiblement égale, aux alcools qui servent de dissolvants et aux substances dissoutes. Celles-ci nous paraissent d'ailleurs jouer à l'égard du tube digestif le rôle de simples corps étrangers, non alibiles, dont le contact avec les éléments de l'organisme est une cause de trouble et par conséquent de déplacement des malaises actuels. Quant à l'effet curatif, tout le monde nous l'accordera, il ne doit pas entrer en ligne de compte.

En résumé, pratiquement l'action des toniques se réduit à l'action de l'alcool, action stimulante momentanée, suivie d'un épuisement parallèle, en fin de compte d'un affaiblissement progressif de la péristaltique digestive.

Un abus plus dangereux, encore à beaucoup de points de vue, est celui des *purgatifs:* dangereux, parce que le purgatif en remplissant une indication fondamentale de la maladie, l'accélération de la péristaltique digestive et l'évacuation de tous les résidus des digestions imparfaites, amène un soulagement immédiat, parfois même une sédation complète de tous les malaises et prend ainsi aux yeux du malade la proportion d'une *panacée*, qu'il va ingérer à tout propos ; dangereux, parce qu'il impose au tube digestif tout entier un effort véritable, qui en se répétant entraîne bientôt une diminution considérable de la tonicité du tube digestif et, partant, de la tension abdominale. Quand on se trouve en face d'un malade qui se plaint de maux de reins, de crampes d'estomac, de tiraillements douloureux dans le dos, les flancs et l'abdomen, et qu'à l'examen objectif le cæcum paraît vide, sans stase appréciable, on peut affirmer que le malade use et abuse des purgatifs. D'ailleurs, un examen plus prolongé de l'abdomen nous révèle une tension abdominale très affaiblie, avec

ballonnement, du gonflement cæcal, avec des gargouillements qui se déplacent, et du rétrécissement du côlon descendant. Une de nos malades se présenta dans ces conditions. L'interrogatoire avait été facile à mener et nous paraissait satisfaisant, sauf sur un point : la malade nous affirmait n'être pas constipée, aller à la selle tous les jours, sans l'aide des purgations. A l'examen superficiel du ventre, pas de stase cæcale, mais les signes que nous venons d'énumérer. Nous n'hésitons pas à dire à la malade qu'elle vient de se purger. C'est alors qu'elle nous avoue prendre depuis plusieurs semaines tous les jours un *dépuratif*, qui la fait aller à la selle trois ou quatre fois par jour.

Les purgatifs de tous genres sont employés sur une grande échelle par les *chronicitants*, quels qu'ils soient. Nous ne voulons pas insister sur le sens général de cette pratique, qui n'est point sans corroborer notre opinion sur l'origine alimentaire de la plupart des maladies chroniques. Retenons seulement le fait de la nocivité très grande des purgatifs, tant à cause de leur emploi très répété qu'à cause de leur action éminemment *affaiblissante* des tuniques digestives. Nous croyons aussi à l'action irritante de cette médication. Toutefois notre avis est que l'effet irritant le cède à l'effet affaiblissant. En un mot, un dyspeptique, qui se purge souvent, affaiblit progressivement son tube digestif en lui imposant un travail hors de raison ; l'irritation du tube digestif diminue à chaque évacuation, pour reparaître bientôt plus prononcée : ce qui tend à prouver que, chez un tel malade, l'irritation (congestion, brûlure, langue rouge, soif, sécheresse de la bouche) procède avant tout des stases gastrique et cæcale, et que l'atonie progressive est le fait principal des purgations répétées. Cette proposition purement clinique n'infirme, en aucune façon, il nous semble, cette vérité générale, à savoir : que l'irritation entraîne nécessairement de la faiblesse, et *vice versa*.

L'action affaiblissante des purgatifs sur les tuniques musculaires des voies digestives est surtout évidente chez les *Faibles :* ce ne sont pas les amis des purgations. « Il y a longtemps que je ne puis plus me purger, » disent-ils presque tous. Par contre, ils prennent volontiers quelques pilules à base d'aloès ou de rhubarbe. De tels laxatifs, mieux tolérés que les purgations véritables, ne sont cependant pas sans inconvénient ; et c'est chez de tels malades qu'on trouve un côlon ayant la forme d'une véritable corde tendue et un cæcum du volume du doigt à peine. C'est l'abus de ces pilules qui aboutit, non pas à la constitution, comme le croit le malade, mais à l'aggravation d'hémorrhoïdes, qui peu à peu augmentent de volume et finissent par créer une douloureuse infirmité.

Les *Forts* ayant généralement plusieurs selles par jour sont peu enclins à se purger.

En définitive, l'abus véritable des purgatifs s'observe dans la catégorie intermédiaire aux deux extrêmes précédents, chez les gens qui ont assez de force pour retirer des purgations un profit immédiat et assez de débilité native pour entrer nettement dans la classe des dyspeptiques.

A la décharge des purgations, nous devons dire qu'elles sont bien rarement, qu'elles ne sont même jamais, à l'origine de la maladie ; elles aggravent une maladie préexistante, mais elles sont incapables de la faire naître, pour la raison très simple que l'abus ne se produit jamais qu'à une période déjà évancée de la dyspepsie, le simple usage étant un bien et constituant une de nos meilleures armes contre la maladie, comme nous le montrerons à propos du traitement.

Il n'en est plus de même des *drogues proprement dites ;* l'usage et l'abus sont également condamnables. Nous nous garderons de les énumérer ici ; nous ne nous élèvons pas contre telle ou telle drogue en particulier, mais contre la routine qui nous impose la *matière médicale*, l'*art de formuler*, la *posologie*, etc., comme un complément nécessaire, parfois même

comme le but suprême des études médicales. C'est en étudiant les maladies chroniques, en examinant longuement, en interrogeant attentivement les vieux dyspeptiques, qu'on finit par secouer les préjugés de l'école et comprendre l'inutilité d'abord, les dangers ensuite des innombrables remèdes, journellement conseillés par un trop grand nombre de praticiens.

Nos griefs contre la polypharmacie peuvent se résumer de la façon suivante : dans les maladies aiguës, les drogues ont pour effet de prolonger la convalescence. L'appareil qui accélère le relèvement d'un convalescent, est sans contredit le tube digestif. Or, c'est sur lui que se sont épuisés les effets nocifs des drogues, ingérées au cours de la maladie aiguë ; l'estomac et l'intestin ont de la peine à se ressaisir, dès que la fièvre est éteinte ; les digestions restent longues et lentes, l'appétit peu développé ou irrégulier ; le fonctionnement de l'intestin s'opère par des alternatives de diarrhée ou de constipation, parfois c'est de la constipation franche. En un mot, la maladie a une queue interminable, que nous n'hésitons pas à mettre sur le compte des drogues, dans un très grand nombre de cas. Dans toute maladie chronique, particulièrement dans la dyspepsie, l'effet des drogues est d'entretenir l'état pathologique. Nous avons vu des malades se relever rapidement, alors que nous n'avions fait autre chose que de conseiller l'abandon de tous les remèdes ordonnés par les médecins qui nous avaient précédé.

Dans un cas, il s'agissait d'une femme jeune encore et légèrement obèse, souffrant d'un rhumatisme subaigu mono-articulaire ; tous les remèdes les plus nouveaux avaient été épuisés sans succès ; les nuits étaient affreuses, par l'insomnie et l'acuité des douleurs ; la langue très pâteuse et recouverte d'un enduit noirâtre ; l'appétit, ordinairement vigoureux, avait fini par s'éteindre. Notre premier devoir fut de faire disparaître tous les flacons et de conseiller un régime sévère. Dès les

premiers jours, amélioration franche, retour de l'appétit, du sommeil, sédation des douleurs. La fluxion articulaire, très avancée, persista seule pendant quelques mois. C'est ainsi qu'on s'explique le succès qu'obtient, dans quelques cas, le médecin homéopathe en substituant ses inoffensifs globules aux drogues nauséabondes de son confrère allopathe.

Pour se convaincre de l'action funeste exercée sur l'organisme par toutes les préparations pharmaceutiques, il suffit d'observer et d'écouter, sans parti pris, les dyspeptiques répétant sans cesse : « Ne me donnez pas de remèdes » ; « mon estomac ne peut plus supporter les remèdes » ; « tel remède m'a fait beaucoup de mal » ; « je vais un peu mieux depuis que j'ai cessé de faire des remèdes, de consulter, » etc.

Et d'ailleurs, à une époque où nous cherchions à utiliser nos connaissances en matière de drogues, nous avons été frappé de la *susceptibilité* extrême des dyspeptiques à l'égard des préparations réputées les plus inoffensives, susceptibilité qui croît avec l'âge du malade, avec l'ancienneté et la gravité de la maladie [1]; d'où, si le principe de la thérapeutique était juste, ce curieux paradoxe : Plus le besoin de remèdes est grand, moins il en faut! Mais, à mesure que la pathogénie des maladies s'éclaire, la thérapeutique perd du terrain au profit de l'hygiène. On saisit de mieux en mieux la multiplicité des facteurs d'un état morbide et, en face d'un dyspeptique, par exemple, le médecin n'est point embarrassé pour démêler les nombreuses influences qui, en dehors même des ingesta, ont présidé à l'éclosion et à l'évolution du syndrome pathologique.

Maladies aigues. — En étudiant l'origine de la dyspepsie, nous avons montré qu'elle prédispose l'enfant à toutes les maladies aiguës de cet âge, tandis que l'intégrité des voies

[1] Notre conviction est qu'un médecin, imprudent et ami des drogues, peut faire le plus grand mal à ses malades.

digestives crée pour ces affections une sorte d'immunité, gage d'une bonne santé pour l'avenir. Par contre, l'enfant débile, à chaque atteinte d'une maladie infectieuse, voit ses troubles digestifs s'aggraver et l'état de sa nutrition générale osciller, le plus souvent dans le sens de la faiblesse, exceptionnellement dans celui d'une vigueur, seulement apparente, d'une exubérance mensongère. C'est là l'influence néfaste des processus infectieux, quels qu'ils soient, sur le tonus digestif, dans les premières années de la vie. Mais cette influence va s'exercer plus tard sur l'adulte et le vieillard, suivant la même loi, que nous pouvons formuler ainsi : *Toute maladie aiguë laisse après elle une faiblesse véritable du tube digestif, au même titre que de tout l'organisme.* C'est de cette faiblesse digestive que relèvent la plupart des stigmates de la convalescence : les vertiges, qu'accuse le convalescent dès qu'il quitte son lit, l'impossibilité de prêter une attention un peu soutenue, la faim exagérée, le besoin de prendre si caractéristique, dont la satisfaction n'est pas toujours exempte de danger, etc. Si la faiblesse générale du convalescent est bien connue, la faiblesse du tube digestif est par contre bien négligée au profit de la première. De là des erreurs d'hygiène générale et d'hygiène alimentaire, de la plus grande gravité pour l'avenir du malade.

Les maladies infectieuses les plus communes, et dont les rapports avec la genèse des troubles de la mécanique digestive sont le plus évidents, sont la fièvre typhoïde et tous les embarras gastriques fébriles, l'influenza et les formes nombreuses du coup de froid.

La fièvre typhoïde, c'est notre conviction, se greffe toujours sur un tronc dyspeptique; la germination du bacille typhique, d'où qu'il vienne, est préparée par les stases cæcale et gastrique. Sous une forme incomplète, cette proposition a déjà été énoncée. Mais ce que nous tenons à bien faire ressortir, c'est le rôle, véritablement prépondérant, dévolu

à la dothiénentérie dans l'aggravation des troubles digestifs préexistants ou dans la mise en relief d'une dyspepsie latente. L'étude attentive des antécédents de tout dyspeptique suffit à démontrer cette vérité. En général, c'est à partir d'une fièvre typhoïde que la compensation commence à faiblir ; une étape est franchie et la maladie revêt de nouvelles allures. S'il s'agit d'un jeune sujet, de la classe des Forts, nous verrons se développer parallèlement un appétit exagéré, un embonpoint pouvant aller jusqu'à l'obésité franche, et tous les accidents imputables à cet état des voies digestives, accidents dits arthritiques. Le malade et l'entourage se réjouissent: la fièvre a été *bienfaisante!* Si au contraire le jeune sujet est un Faible, la convalescence sera interminable et l'état général restera précaire. L'atonie des voies digestives sera définitive, avec ses satellites ordinaires : l'amaigrissement, la faiblesse générale, la constipation opiniâtre, les douleurs de reins, les maux d'estomac, la lenteur des digestions, l'insomnie, les irrégularités ou l'absence de l'appétit. « Depuis ma fièvre typhoïde, dira le malade, je ne vaux plus rien. » Il va sans dire que ce sont là deux extrêmes, et que la fièvre typhoïde n'a pas toujours une influence aussi *décisive* sur les sujets qu'elle touche. Un de ses effets les plus communs, à peu près constants, c'est d'imprimer à la dyspepsie antécédente une allure nouvelle, en un mot d'en changer la forme. Celle-ci, on le conçoit, varie avec chaque sujet, et nous ne pouvons la caractériser mieux qu'en disant qu'elle marque toujours un pas en avant, dans l'affaiblissement de la péristaltique gastro-intestinale.

La fièvre typhoïde a son maximum de fréquence dans la jeunesse et l'âge adulte. Le vieillard est rarement atteint, surtout le vieillard débile, et, quand il l'est, c'est généralement le commencement d'une déchéance digestive pure et simple, sans aucune chance de compensation.

L'influenza, pour avoir une action identique au fond à celle

de la dothiénentérie, en diffère cependant au point de vue de la clinique générale : les conséquences en sont *immédiates*, jamais *tardives ;* de plus, elles sont *désastreuses* ou *nulles*. Les effets funestes de l'influenza, au rebours de ceux de la fièvre typhoïde, s'épuisent surtout sur le vieillard et sur les *débiles*, sur les organismes, en un mot, dont la vitalité a été amoindrie par de longues années de souffrances. Les dyspeptiques forts peuvent avoir une convalescence prolongée, mais ils finissent toujours par obtenir un relèvement définitif, c'est-à-dire un état de santé équivalent à celui qui existait avant l'influenza. Les vieillards ou les débiles jouissant encore des bienfaits plus ou moins intermittents de la compensation, s'en voient brusquement et définitivement privés : la faiblesse, l'amaigrissement, l'intolérance gastrique s'installent à demeure, malgré la mise en œuvre de moyens antérieurement efficaces.

La fréquence des troubles digestifs *latents* fait que l'influenza, qui est une maladie surtout épidémique, évolue le plus souvent sur un fond dyspeptique, comme la fièvre typhoïde; et c'est là l'explication de ces grippes *prolongées*, dont on ne voit plus la fin, grippes à rechutes successives, tous les épisodes qui succèdent à la pyrexie proprement dite relevant à nos yeux de troubles digestifs aggravés ou mis en évidence par l'influence grippale : chez l'un, ce sont des mouvements fébriles, qui surviennent le soir ou dans la nuit ; chez l'autre, ce sont des bourdonnements d'oreilles concomitants d'un état catarrhal des trompes et des voies digestives supérieures ; chez un troisième, c'est une faiblesse générale, avec tendance aux sueurs abondantes dès qu'il fait une marche ou un effort ; chez un quatrième, ce sont des douleurs lombaires intolérables, surtout accusées dans la nuit ou le matin au réveil. Tous ces accidents, que nos souvenirs nous permettraient de multiplier encore, sont sous l'étroite dépendance de voies digestives affaiblies par l'influenza ; l'examen abdominal et un traitement hygiénique approprié pour-

ront convaincre le clinicien, mieux que toute dissertation théorique. Retenons cette conclusion : les suites de l'influenza sont particulièrement sérieuses et tenaces chez les dyspeptiques, dont elles aggravent l'état pathologique antérieur; elles sont nulles généralement chez l'individu indemne de toute stase gastrique ou colique; l'influenza, à l'instar de toute maladie aiguë, amène une recrudescence de l'atonie digestive, recrudescence qui tire sa principale gravité du terrain sur lequel a germé le processus infectieux (malades âgés ou débiles).

Pour être fidèle à notre méthode, qui nous impose avant tout l'étude des faits les plus communs, de pratique courante, nous devons envisager l'influence pathogénique des changements de saison et montrer comment un simple accident saisonnier peut aggraver ou créer des troubles de la mécanique digestive. Sous l'influence des perturbations atmosphériques, qui marquent le début en particulier du printemps et de l'automne, le tube digestif souvent est frappé d'une sorte d'atonie aiguë, qui se traduit par une diminution de l'appétit (on mange sans entrain), des troubles du sommeil (réveils fréquents, nombreux rêves, cauchemars), une nervosité excessive avec mouvements d'impatience, une inaptitude aux travaux intellectuels (lenteur de la conception, difficulté à mettre de l'ordre dans les idées, impossibilité de faire un travail suivi, de longue haleine), un certain degré de faiblesse générale, d'apathie motrice, enfin de la lenteur à digérer (langue saburrale, gonflement et rougeur après le repas, et insuffisance des selles). Souvent un épisode fébrile vient se surajouter à cet état morbide : quelques frissons, une légère courbature, de la céphalalgie et une vésicule d'herpès labialis au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Ces accidents saisonniers disparaissent spontanément au bout de quelques jours; la durée en est d'ailleurs variable, suivant l'état de santé du sujet atteint. Parfois cependant, si

l'hygiène fait défaut, il se crée une sorte de *cercle vicieux :* le malade use et abuse des drogues, particulièrement des laxatifs qui le soulagent momentanément, mais en fin de compte augmentent encore l'atonie des voies digestives ; et, si celles-ci manquent de résistance, l'état dyspeptique survit à la tempête atmosphérique, se prolonge des semaines, des mois même ; un véritable état pathologique chronique se trouve créé de toutes pièces. Nous ne saurions nous élever trop vivement contre les interventions actives, d'ordre pharmaceutique, dans ces états mal définis, si fréquents dans la pratique, qui ne demandent qu'à guérir seuls.

Pour résumer en quelques propositions tout ce qui concerne l'influence des maladies aiguës sur la genèse de la dyspepsie, nous dirons : Incapables de créer l'état dyspeptique, elles contribuent à l'aggraver dans une très large mesure. La fièvre typhoïde, en particulier, a une action *insidieuse, très accusée* et *très funeste*, qu'on méconnaît le plus souvent au grand détriment des malades. Nous n'hésitons pas à affirmer qu'un individu, sortant d'une dothiénentérie, doit être surveillé pendant au moins un an au point de vue du fonctionnement de son appareil digestif. Le médecin doit surtout éviter de se laisser tromper par les apparences d'une santé exubérante. Quant aux autres pyrexies, il suffit d'en signaler l'effet nocif, affaiblissant, sur le tube digestif, pour être en mesure d'en prévenir les conséquences fâcheuses.

Maladies chroniques. — On peut affirmer hardiment que la dyspepsie est la *grande maladie chronique*, celle qu'on est à même d'observer chaque jour, à laquelle chaque famille paie un tribut plus ou moins lourd. Chomel prétendait qu'un cinquième de ses malades de cabinet était atteint de dyspepsie. Nous n'hésitons pas à renverser la proportion et à dire que sur cinq malades, atteints d'une maladie chronique, quatre souffrent de leurs voies digestives uniquement, ou à la fois de

leurs voies digestives et d'un ou plusieurs autres appareils. Donc, à propos des maladies chroniques, nous pouvons répéter ce que nous avons dit des maladies aiguës : elles ne créent point la dyspepsie, qui leur est antécédente et en quelque sorte supérieure comme entité pathologique, mais elles contribuent à l'aggraver, à en modifier la forme, à en accélérer la marche, à faire naître enfin des complications importantes, souvent même très graves. Le mécanisme pathogénique le plus fréquent, dans ces cas, nous paraît se réduire à la *sédentarité*. De même que l'exercice est un des moyens les plus propres à accélérer la digestion, de même l'absence ou la rareté des mouvements tendent très rapidement à immobiliser en quelque sorte la musculature digestive.

Comme cause inhibante secondaire de la péristaltique digestive, il est juste de mentionner encore l'*air confiné*, qui est le lot de trop de malheureux chronicitants.

En définitive, l'influence des maladies chroniques sur la mécanique digestive, à un point de vue général, est la suivante : l'immobilisation relative, accessoirement l'air confiné, ont un effet ralentissant sur la digestion ; chez le Fort, l'appétit se maintient, souvent s'exagère, les stases colique et gastrique atteignent des proportions considérables, l'abdomen se développe, la compensation s'établit d'une façon plus ou moins étendue et durable suivant la vigueur du sujet (cette compensation a une ampleur proportionnelle au degré d'immobilisation, dans un grand nombre de circonstances) ; chez le Faible, l'appétit diminue, la motilité gastro-intestinale va en s'éteignant progressivement, parfois après quelques efforts de compensation, c'est-à-dire quelques tendances passagères à l'engraissement ; enfin le ventre s'affaisse et la tension abdominale s'affaiblit chaque jour. La putridité gastro-intestinale est à peu près la règle.

Telle est notre manière de concevoir cliniquement l'influence des maladies chroniques sur les fonctions digestives. L'opinion classique, on le sait, fait intervenir le système

nerveux et trouve des arguments dans la physiologie expérimentale. Pour résoudre ce problème, il suffit de se placer en face des malades. C'est ce que nous avons fait, et nous transcrivons ici purement et simplement la réponse de la clinique. A la fin de chaque chapitre sur les maladies organiques du système nerveux, on trouve un paragraphe consacré aux *complications viscérales*, dues à l'épuisement du système nerveux, cet épuisement créant à l'organisme des conditions de moindre résistance. Or, l'épuisement nerveux se réduit toujours objectivement et pratiquement à l'épuisement de la tonicité du tube digestif; là est le point de départ véritable de ce marasme de l'économie, si favorable à l'éclosion des maladies infectieuses. Bien plus, nous sommes convaincu que beaucoup de maladies infectieuses de l'appareil respiratoire, du cœur, du péricarde, du foie, etc., ont leur point de départ dans le tube digestif lui-même et de là se propagent aux organes adjacents. On sait que le côlon recèle de nombreuses variétés de germes. La fréquence et la prédominance des troubles fonctionnels du cæcum sont à rapprocher de la périhépatite, de l'épanchement pleurétique droit, etc. Il y a là un chapitre nouveau de pathologie que nous ne pouvons qu'entr'ouvrir.

En définitive, nous estimons que le rôle de régulateur de la nutrition appartient *cliniquement*, non pas au système nerveux, mais bien à l'appareil digestif.

Nous ne pouvons terminer ce paragraphe, sans dire un mot des *cardiaques*. Voici ce que l'observation nous a enseigné à ce sujet : dans la généralité des cas, il s'agit de rhumatisants; à ce titre, ils ont tous une mécanique digestive plus ou moins défectueuse; or, les troubles abdominaux influent considérablement sur les fonctions cardiaques: l'engorgement des viscères notamment (foie, estomac, etc.), consécutif à la dyspepsie, devient un obstacle sérieux à la déplétion des cavités cardiaques, comme il est facile de le comprendre. Que de

cardiaques sont soulagés par une substance, considérée comme tonique du cœur, qui en réalité agit simplement comme laxatif! L'action heureuse des purgations est d'ailleurs hors de contestation. Enfin, les nombreux épisodes fébriles, auxquels se trouve exposé l'individu affaibli par la *myopragie digestive*, ne sont-ils pas très favorables à l'éclosion des accidents asystoliques?

Bref, la connaissance des troubles de la mécanique digestive nous a rendu et peut rendre de très grands services au médecin dans le traitement des accidents dus à la *faiblesse cardiaque*, en élargissant le cercle des médications purement hygiéniques et en permettant ainsi de s'abstenir de drogues, même de celles réputées les plus nécessaires et les plus heureuses.

Professions. — L'influence des professions sur le fonctionnement du tube digestif mérite d'être étudié au double point de vue du travail manuel et du travail cérébral. Le premier, lorsqu'il est modéré et s'exerce au grand air, est le stimulant par excellence des fonctions digestives ; là est le secret de la vigueur et de la santé enviable de beaucoup de travailleurs des champs. Mais ce travail manuel est loin d'être toujours aussi sage, partant aussi bienfaisant ; de plus, le séjour dans les ateliers ou dans un air vicié par des émanations diverses, plus ou moins nocives, enlève bien souvent à l'exercice corporel ses réels avantages et le transforme en une des conditions qui favorisent le développement des troubles digestifs. Les efforts violents et répétés, les traumatismes, les chutes, l'élévation des bras sont autant de causes qui expliquent la fréquence des hernies et des déplacements des viscères abdominaux. On connaît la dyspepsie herniaire, c'est-à-dire les troubles digestifs qui, d'après l'opinion classique, sont secondaires à la sortie permanente ou intermittente d'une anse intestinale. Présentée de cette façon, la question de la dyspepsie herniaire nous paraît mal posée. Un tiers environ de nos dyspeptiques est atteint de hernies. Or, il résulte de nos obser-

vations que la hernie est une complication de la dyspepsie, au même titre que l'entéroptose, etc.; c'est une dislocation, qui est toujours préparée par une longue période de troubles digestifs fonctionnels, souvent latents ou malaisés à dépister quand il s'agit de sujets robustes, inattentifs, parfois même inintelligents, troubles digestifs dont l'ancienneté se révèle, dans un grand nombre de cas, par des lésions organiques viscérales développées en dehors du tube digestif. L'effort ou la série d'efforts, qui à un moment donné a produit la hernie, avait préalablement créé la prédisposition en modifiant la statique physiologique du tube digestif par le prolapsus ou la déviation d'un ou de plusieurs de ses segments et en diminuant ainsi la tension abdominale dans des proportions notables. L'effort, incriminé comme cause pathogène isolée, n'est en réalité que l'acte qui a parachevé un complexus, évoluant souvent depuis de nombreuses années. Telle est la relation, envisagée sous son vrai jour, qui existe entre les hernies acquises et la dyspepsie.

A un point de vue plus général, l'influence des traumatismes, des efforts, des chutes, sur le genèse de la dyspepsie, nous semble prêter à quelques considérations d'un réel intérêt : les Faibles, les femmes surtout, deviennent facilement entéroptosiques, ils le sont presque tous à un moment plus ou moins avancé de leur maladie. Et cependant la cause mécanique échappe généralement à l'investigation du médecin, comme elle a échappé d'ailleurs à la conscience du malade. C'est qu'à notre avis ce prolapsus viscéral s'est produit par étapes nombreuses, successives, inconscientes, sous l'influence des tiraillements résultant d'une péristaltique intestinale laborieuse, irrégulière, plutôt que par l'action d'efforts brusques et douloureux ou de toute autre cause franchement mécanique.

Au total, il s'agit de troubles moteurs généralisés d'emblée au tube digestif tout entier; il s'agit de malades essentiellement dyspeptiques, et la splanchnoptose n'est qu'un effet contingent,

surajouté, qui ne change rien ou presque rien aux allures générales de la maladie.

Chez les Forts, au contraire, le prolapsus viscéral est un phénomène rare, d'une réalisation difficile, exigeant pour se produire des conditions bien déterminées. Aussi, si, chez de tels malades, on trouve des signes de splanchnoptose, il est bien rare qu'en fouillant ses souvenirs (s'il s'agit d'un malade intelligent) le sujet ne puisse remonter à la cause et rappeler quelques-unes des circonstances de l'accident recherché : douleur violente dans le côté droit du ventre en soulevant un fardeau, faux pas ou chute qui a causé une sensation très vive de piqûre, de lancée dans un point de l'abdomen, etc. Ici le fait du prolapsus viscéral prend du relief, il marque une étape dans la vie pathologique du sujet. A la vérité, les troubles qu'il entraîne restent silencieux et sont compensés, grâce à la vigueur du sujet, pendant un laps de temps parfois considérable, et ce n'est qu'à un âge avancé ou à l'occasion d'une maladie aiguë grave que la *localisation digestive* se révèle au clinicien, alors étonné de se trouver en face de voies digestives aussi compromises chez un malade exempt d'antécédents dyspeptiques. Ce qui revient à dire que le véritable splanchnoptosique n'est point un dyspeptique, que la splanchnoptose ne s'observe et ne peut s'observer dans toute sa pureté que chez les individus robustes et indemnes de troubles digestifs antérieurs.

A côté de ces causes pathogéniques, en quelque sorte brutales, notons l'influence néfaste d'une même attitude, gardée toute la journée pendant des mois ou des années ; nous voulons parler des gens que leur profession condamne soit à *rester assis constamment*, soit à rester debout presque sans marcher ou tout au moins sans sortir d'un espace restreint. Nous avons été frappé souvent par l'aspect du ventre, affectant la forme en besace, chez de vieilles filles qui avaient passé leur vie près d'un comptoir, debout du matin au soir.

L'immobilité relative, dans la station verticale, est particulièrement nuisible à la digestion ; la marche, au contraire, a, dans ce cas, une influence heureuse. La position assise est une des causes de dyspepsie les plus connues, ce qui nous dispense d'insister. A ce propos nous croyons utile de rappeler un fait étrange observé par un de nos amis. Un de ses malades, employé de bureau, n'était incommodé par ses aliments que le dimanche, c'est-à-dire le jour où il faisait de l'exercice [1]; dès qu'il reprenait sa vie de bureau, ses troubles digestifs disparaissaient; le jour de repos était ainsi pour lui un jour de maladie. Ce petit fait est intéressant par l'explication très simple qu'il suggère. Dans la position assise, le ventre se trouve comprimé et la tension abdominale ainsi suffisamment accrue pour favoriser la péristaltique digestive et masquer *momentanément* la dyspepsie; les promenades, par contre, ont pour action de donner à la cavité abdominale toute son ampleur physiologique, de mettre en évidence la diminution de la tension abdominale et l'insuffisance de la mécanique digestive ; d'où l'apparition des symptômes de dyspepsie chez ce malade tous les dimanches, c'est-à-dire chaque fois que les effets de l'hypotension abdominale cessaient d'être neutralisés.

C'est à dessein que nous étudions en dernier lieu l'influence du travail cérébral sur la digestion, influence exagérée ou mal comprise par le plus grand nombre des auteurs. A l'instar du travail manuel, le travail cérébral justement mesuré est un stimulant de premier ordre de la tonicité digestive ; les excès seuls sont nuisibles. Mais en réalité ces excès sont rares, très rares même ; nous voulons parler du surmenage cérébral pur, sans l'addition d'autre écart hygiénique. Ce surmenage se présente généralement dans des conditions fort complexes et il est difficile de faire la part de l'influence cérébrale. Nous croyons que pratiquement le cerveau est un des organes qui ne

[1] Il est bon d'ajouter que l'*exercice* était le seul changement apporté à la vie ordinaire, ce jour-là.

souffrent qu'indirectement, et par retentissement, de nos écarts d'hygiène. Ce qui ne veut pas dire que nous ayons la pensée de nier l'influence du cerveau sur les fonctions digestives ; nous la croyons au contraire très importante. Une émotion triste, l'exil, la perte d'une personne aimée, une catastrophe financière, telles sont des causes inhibantes de la péristaltique digestive. Et nous avons vu souvent une de ces causes être le point de départ d'une déchéance progressive des voies digestives, amener notamment la rupture d'une compensation qui semblait encore brillante. Par contre, rien ne contribue tant à rétablir un dyspeptique, à le faire revenir sur ses pas en quelque sorte, que le contentement, le séjour dans une contrée pittoresque, le retour au pays natal, les joies du foyer, une heureuse spéculation, etc. Mais, nous tenons à bien le préciser, ces influences nerveuses ne sont que des causes adjuvantes de la guérison et ne dispensent jamais d'une hygiène précise; leurs effets sont essentiellement passagers et exigent, pour se maintenir, le secours de tous les autres moyens indiqués par l'état du malade.

Nous n'hésitons donc pas à nous inscrire en faux contre la théorie, actuellement en vogue, de *l'épuisement nerveux*, comme cause de certaines formes de dyspepsie. Cette erreur a sa source dans l'insuffisance habituelle de la palpation abdominale. Tous les malades, dits *neurasthéniques*, présentent des troubles avancés de la statique abdominale, et c'est la disparition de ces troubles qui amène la sédation des accidents nerveux, quel que soit le mode thérapeutique employé. Nous concédons qu'il y a des prédisposés aux localisations nerveuses de la dyspepsie. Mais nous affirmons avant tout que les neurasthéniques appartiennent à la catégorie des Faibles, c'est-à-dire des malades dont la tonicité digestive est constamment *oscillante*, incapable de l'effort compensateur, et c'est aux moments de plus grande atonie que correspondent les manifestations neurasthéniques, la clinique le montre jusqu'à l'évi-

dence. Et d'ailleurs ces troubles nerveux relèvent, par leur nature, plutôt du *désordre* que de l'*épuisement;* l'expression de neurasthénie nous paraît fort mal choisie.

Les Forts ne sont point exempts toujours des symptômes neurasthéniques si fréquents chez les Faibles. Il arrive, en effet, un moment où l'embonpoint diminue, où le ventre s'affaisse et s'amollit progressivement; des douleurs variées et surtout une grande faiblesse motrice, une apathie morale et une émotivité extrêmes suivent la diminution de la tension abdominale et les malades sont classés parmi les neurasthéniques. En réalité, le système nerveux (en supposant qu'il y ait eu de grands soucis ou de gros ennuis comme point de départ de cette déchéance digestive) ne joue que le rôle d'une cause seconde, qui a précipité la marche de la maladie et réalisé, avant le temps, des manifestations prévues et dans l'ordre des choses.

L'influence du système nerveux sur les troubles de la mécanique digestive est surtout fréquente et a son maximum d'intensité chez la femme. Mais ce n'est point là, à notre avis, qu'il faut chercher l'explication de la prédominance féminine incontestable de la dyspepsie. La femme doit ce privilège à des causes plus précises; nous voulons parler de sa *constitution anatomique*, en particulier de sa *conformation abdominale* et de ses *fonctions utérines*.

La cavité abdominale de la femme est plus vaste que celle de l'homme, surtout dans sa portion inférieure, en raison de l'évasement du bassin. Avant toute influence pathologique, il semble donc que la tension abdominale doive être moindre; elle est, en tous cas, plus facilement influençable que chez l'homme. La femme, nous l'avons dit, appartient à la catégorie des Faibles et, à ce titre, est pourvue d'un tube digestif dont l'appareil musculo-ligamenteux manque de résistance. Telle est la règle. Les exceptions, nous devons le dire, ne sont pas rares et s'accordent d'ailleurs avec la fréquence

de l'obésité dans ce sexe. Mais, à côté de cette prédisposition aux troubles abdominaux que la femme doit à la nature, il faut placer toute une série d'influences fonctionnelles que les infractions à l'hygiène rendent pathologiques. Ce sont tout d'abord la *menstruation* et la *grossesse*.

Menstruation et grossesse. — D'observations multipliées, il résulte que la fonction menstruelle laisse presque toujours après elle un certain degré de faiblesse momentanée de l'appareil digestif. Il faut connaître ce moment d'accentuation de l'atonie qui suit les règles, afin de ne pas être tenté d'intervenir contre des accidents qui disparaissent d'eux-mêmes au bout de quelques jours. Cette influence de la menstruation est particulièrement évidente chez les malades qui suivent un régime depuis quelques semaines ou quelques mois, dont la péristaltique digestive commence à se ressaisir, chez les malades en un mot dont les symptômes, en se *réduisant* en quelque sorte, deviennent clairs, précis et se rangent franchement dans l'ordre assigné par la physiologie. Chez de telles malades, le bien-être est à son maximum pendant les quinze jours qui précèdent les règles ; la durée de l'écoulement sanguin est souvent silencieuse ; parfois, ce sont de petits accidents anormaux, imprévus, en tous cas peu graves. Mais c'est au sortir de la période menstruelle que s'accusent nettement les signes de faiblesse digestive : insuffisance des selles, avec constipation opiniâtre ou alternatives de diarrhée et de constipation, rétention progressive de l'estomac, avec dégoût des aliments, maux de cœur et finalement efforts pour vomir et vomissements ; en même temps, retour des anciens malaises : vertiges, céphalalgie, besoins de prendre, tiraillements épigastriques, crises d'estomac, faiblesse générale. Au bout d'un temps variable, de cinq à dix jours le plus souvent, on voit tous ces accidents s'apaiser peu à peu et la malade recouvrer son équilibre antérieur. Nous devons dire

que les choses ne se passent ainsi, avec une régularité schématique pour ainsi dire, que chez les malades en cours de traitement et surtout en voie de relèvement. Chez les autres, l'enchevêtrement des symptômes est tel qu'il est difficile, impossible même, de démêler l'influence utérine des complications de nature variée qui gravitent autour des voies digestives. La matrice a dans le monde la réputation de jouer bien souvent de mauvais tours à l'estomac et les médecins eux-mêmes décrivent une *dyspepsie utérine*. Quand on a étudié les fonctions digestives et palpé l'abdomen de beaucoup de dyspeptiques, cette dyspepsie utérine ne semble *plus qu'une hardiesse* de pathologie descriptive.

Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il y a des dyspeptiques qui, en guérissant de *lésions utérines ou péri-utérines graves*, voient leurs fonctions digestives se relever au même titre que toutes les autres fonctions d'une économie momentanément troublée par un processus infectieux ou dégénératif des organes génitaux internes. Quant aux accidents utérins légers et souvent discutables : engorgements, métrite du col, déviations, etc., leur symptomatologie doit toujours céder le pas à celle du tube digestif, dans lequel la palpation révèle des désordres souvent très graves qu'on est surpris de voir méconnus. Les déviations utérines, en particulier, nous ont toujours paru coïncider avec une hypotension abdominale très manifeste, bien suffisante pour permettre le prolapsus de la masse intestinale dans le petit bassin et le mouvement de bascule consécutif de l'organe utérin. Et plus d'une fois la ceinture a pu supplanter le pessaire, au grand avantage, non pas seulement de l'utérus, mais encore de toute la statique digestive et partant de l'économie entière. Une de nos malades nous écrivait : « Puis-je prendre des injections pour des pertes blanches qui *m'arrachent* l'estomac et me donnent tant de douleurs dans les seins et aux côtés ? » Cette phrase résume admirablement la pathogénie de la plupart des flux

utérins : le prolapsus, par atonie ou par dislocation, du paquet intestinal qui vient peser sur la matrice et en modifier à la fois la circulation et la position. Il est remarquable de voir apparaître soudainement des pertes blanches, sous l'influence d'un fonctionnement anormal ou artificiellement provoqué du gros intestin ; puis, le repos de celui-ci est suivi immédiatement de la cessation de tout écoulement utérin. Nous avons vu, dans la deuxième partie de cet ouvrage, de véritables métrorrhagies causées par l'accumulation de matières dans le côlon et arrêtées promptement par une thérapeutique dont l'intestin avait été le seul objectif, alors que dans ce cas la médication purement utérine avait complètement échoué. Tous ces faits s'expliquent naturellement par le voisinage du côlon et de l'utérus ; ils sont d'ailleurs dominés par la notion capitale de la tension abdominale.

Enfin, quand nous aurons dit que l'établissement de la menstruation d'une part, la ménopause d'autre part, ont généralement une influence perturbatrice sur la mécanique digestive, les premières règles mettant en évidence une dyspepsie plus ou moins latente, la ménopause marquant la fin de la période de compensation et le début de l'asystolie (âge critique), nous aurons esquissé les grands traits de l'histoire pathologique de l'utérus dans ses rapports avec les voies digestives.

Il nous reste à étudier, au même point de vue, la *grossesse*, dont le rôle dans les modifications de la tension abdominale nous a déjà occupé. La portée pratique de cette question est considérable : on peut dire que la grossesse est le fait capital, le pivot de la pathologie féminine. Cette étude présente une double face : *le développement du globe utérin et le vide consécutif à l'expulsion du fœtus.*

Le développement du globe utérin entraîne des suites fâcheuses d'abord, heureuses ensuite. Pendant les trois ou quatre premiers mois, *tant que le volume utérin est négligeable*, c'est une aggravation franche de l'état dyspeptique

antérieur, parfois le signal de malaises inconnus jusqu'à ce jour, si les troubles digestifs préexistants ont été insignifiants ou complètement latents (nous ne croyons pas que la grossesse soit capable de créer de toutes pièces un état dyspeptique chez une personne en bonne santé). C'est ainsi que doivent être interprétés les accidents, considérés à tort comme physiologiques, du début de la grossesse. A ce moment, l'utérus est le siège d'une activité fonctionnelle prédominante, qui entraîne une sorte de raptus sanguin, aux dépens des organes voisins, du tube digestif en particulier ; d'où les nausées, les vomissements, la constipation, les maux de reins, le dégoût pour les aliments, etc... Mais, le quatrième ou le cinquième mois, on assiste à une véritable transformation : les symptômes d'intolérance gastro-intestinale disparaissent, les selles se régularisent, l'appétit s'accroît, souvent même s'exagère ; l'état général reprend le dessus et parfois l'embonpoint remplace la maigreur habituelle. C'est que le globe utérin est venu rendre à la tension abdominale son niveau physiologique, nécessaire à la péristaltique digestive.

L'accouchement se produit : d'où un vide abdominal brusque et considérable. La tonicité du tube digestif se trouve brutalement privée d'un appui important. La paroi de l'abdomen ne revient sur elle-même et ne recouvre sa tonicité propre que d'une façon progressive. De telle sorte que, si le séjour prolongé au lit, une alimentation méthodique et une surveillance attentive des fonctions intestinales ne sont imposés à l'accouchée, la musculature digestive se trouve insuffisante ; on voit se produire de la stase au niveau du cæcum, puis de l'estomac, et tous les phénomènes qui en découlent. La vulnérabilité de l'utérus, en outre, fait de cet organe un *locus minoris resistentiæ*. Bref, on peut assister à des complications, soit utérines, soit digestives, dont la nature est souvent méconnue et la gravité réelle. Un très grand nombre des accidents consécutifs aux couches, ne reconnaissent pas d'autre pathogénie, notamment

la faiblesse générale, mise trop complaisamment sur le compte de l'allaitement. Une de nos plus anciennes dyspeptiques, actuellement bien portante et capable d'un travail assidu, se cachectisait depuis plus de six mois dans un service de gynécologie, lorsque le hasard nous la fit rencontrer. Son mal véritable était une dislocation abdominale, dont nous avons eu raison en très peu de temps.

Pour nous résumer, la première grossesse est généralement bienfaisante, qu'il s'agisse d'une *Faible* ou d'une *Forte;* les grossesses consécutives ne sont pas constamment heureuses. Il arrive un moment où les désordres du tube digestif, l'hypotension abdominale sont tels qu'ils ne peuvent être compensés par l'augmentation du volume de l'utérus ; les accidents du début de la grossesse persistent, s'aggravent même jusqu'à la délivrance. C'est ainsi que les choses se passent ordinairement chez les *Faibles*. On voit au contraire, chez les *Fortes*, les grossesses se multiplier et l'état du tube digestif prospérer parallèlement pendant la durée de chaque gestation. La femme *faible* ne se relève pas de sa première couche, tout au plus de sa seconde couche; les fonctions digestives restent définitivement compromises. La femme *forte* garde un ventre volumineux, un appétit exagéré et un embonpoint qui s'accroît à chaque accouchement. Elle ne se plaint pas de son estomac et les quelques malaises qui lui sont habituels sont attribués au système nerveux, au rhumatisme, etc., jusqu'à ce que la musculature digestive ait épuisé ses forces compensatrices ; c'est alors que le tube digestif entre en scène. Bien rares sont les femmes chez lesquelles la grossesse ait passé absolument inaperçue !

Pour terminer ce qui a trait aux causes de la dyspepsie, spéciales à la femme, nous exposerons notre opinion sur l'influence du corset, influence qui nous semble avoir été beaucoup exagérée par certains auteurs. Tout d'abord, revenant à la notion capitale de l'origine infantile des troubles digestifs,

nous sommes amené à considérer le corset comme une simple cause seconde, susceptible seulement d'aggraver des déformations en voie d'évolution. Il est toutefois incontestable que le corset, en comprimant la taille de façon à *écraser* la cavité gastrique et à abaisser le côlon, a des effets réellement funestes et doit être proscrit dans la généralité des cas. La striction *exagérée* du corset ne saurait être combattue avec trop de force, surtout chez les jeunes malades. Celles-ci en effet peuvent très bien se passer du corset. Il n'en est plus de même des femmes âgées qui se refusent à quitter le corset pour des motifs souvent plausibles, à notre avis. Elles se plaignent d'éprouver des maux de reins, de ne pouvoir se tenir debout, d'avoir une sensation de *vide* très pénible dans la région épigastrique ou dans l'hypochondre gauche, dès qu'elles ôtent leur corset ; c'est un vêtement indispensable, dont elles ne se séparent que pour se mettre au lit. Chez de telles malades la tension abdominale est très diminuée ; les déplacements, les déformations du canal alimentaire sont depuis longtemps achevés, et le corset, en comprimant l'abdomen, a un double effet : il augmente la tension abdominale dans une certaine mesure, ce qui est un bien réel, et il maintient les organes digestifs dans une situation pathologique, il est vrai, mais que l'accoutumance a rendue seule tolérable, ce qui est un bien seulement relatif. Dans des cas pareils, il faut, avant de faire enlever le corset, chercher à estimer le degré de *redressement* dont le tube digestif est encore susceptible. Il est évident que, si pour un motif quelconque la malade ne nous semble pas devoir bénéficier beaucoup d'un traitement complet, il est préférable de ne point lui enlever le bénéfice de son corset. Il est souvent sage de savoir limiter son intervention, quand on a affaire à des malades âgés ou irrémédiablement atteints. En définitive, le corset a sa part dans la genèse des troubles digestifs chez la femme, mais une part relativement secondaire et peut-être moindre qu'on ne serait tenté de le croire.

Là où le corset semble avoir joué un rôle important, étudiez, scrutez les antécédents, et vous trouverez des signes de pleine évolution de la maladie à un âge où le port du corset ne saurait être mis en cause.

Circumfusa. — Une cause importante de torpeur des voies digestives, sur laquelle on n'a pas suffisamment insisté, c'est l'*air ambiant*, qu'il s'agisse de l'air confiné des appartements, des ateliers où sont assemblés de nombreux individus, ou bien de l'atmosphère lourde et tiède des grandes villes. *On digère, autant qu'on respire, avec l'air pur*. On oublie trop que la cavité digestive est en communication avec l'air extérieur, qui la remplit, et dont les qualités vivifiantes se font sentir sur elle d'une façon frappante. Tel mets, indigeste en ville, devient léger à la campagne. L'appétit s'aiguise à l'air vif, devient somnolent à la ville, toutes conditions de vie et d'exercice égales d'ailleurs. Et bien souvent, pour des citadins affaiblis, aux voies digestives languissantes, la cure d'eau bienfaisante n'a pas été autre chose qu'une *cure d'air*. Nous connaissons un vieillard, encore solide malgré son grand âge (quatre-vingt-quatre ans), qui, pendant son séjour en ville, est obligé de manger toutes les trois heures (chez lui, la table est servie nuit et jour) pour calmer des crampes d'estomac qui surviennent avec une périodicité mathématique. A la campagne. pendant la belle saison, les crampes disparaissent totalement et le malade se contente de ses trois repas ordinaires. C'est ainsi que l'air excitant de la campagne se montre capable, dans ce cas, de masquer l'hypotension abdominale, qui est la condition pathogénique de la crampe d'estomac. C'est d'ailleurs *à la campagne* seulement que se trouvent les éléments essentiels de la vie naturelle : le grand air, le travail corporel, la sobriété, voire même les *excès intermittents* qui viennent de temps en temps secouer la torpeur digestive, engendrée par la monotonie, et donner ainsi un coup de fouet salutaire à l'organisme.

CHAPITRE II

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

L'hygiène thérapeutique, propre à prévenir aussi bien qu'à enrayer les troubles de la mécanique gastro-intestinale, exigerait, pour être traitée complètement, plus qu'un chapitre de cet ouvrage. Nous ne pourrons ici qu'en dessiner les grandes lignes, celles qui s'harmonisent le plus immédiatement aux développements théoriques et aux données cliniques qui précèdent.

Cette étude se divisera en deux parties :

Dans la première, d'ordre général et théorique, nous examinerons isolément chacun des agents que le clinicien peut mettre en œuvre dans sa lutte contre la maladie ;

Dans la seconde, d'ordre spécial et pratique, nous catégoriserons les malades, autant que la clinique le permet, et nous montrerons quelle ligne de conduite chacune de ces catégories doit nous inspirer.

A. — La réglementation de l'hygiène thérapeutique du dyspeptique, quel qu'il soit, doit viser le *régime alimentaire*, les *boissons*, l'*exercice*, les *moyens mécaniques* (bandages et sangles), l'*accomplissement des fonctions excrétoires du tube digestif*, enfin les *circumfusa*.

Le nombre des mets à chaque repas, la quantité et la qualité de chaque mets, le nombre et les heures des repas doivent être minutieusement réglés par le médecin, à chaque consultation. Trop souvent on se contente de défendre tels ou tels mets et de faire une liste plus ou moins longue des aliments autorisés, ce qui permet aux malades de continuer à peu près tous ses errements habituels. C'est en précisant, en *ponctuant* chaque élément du régime alimentaire, surtout en ce qui concerne les boissons, que nous avons obtenu des résultats qui nous ont d'abord étonné et nous ont fait comprendre tout le parti qu'on peut tirer d'une alimentation soigneusement réglée. A ce point de vue, le médecin ne doit rien laisser au hasard, et le malade ne doit se retirer qu'après avoir admis et compris la nécessité d'un régime rigoureux, dont les moindres parties lui sont connues.

Cette remarque faite, il nous reste à indiquer de quelle façon doivent être maniés nos agents thérapeutiques pour les rendre aptes à empêcher les stases cæcale et gastrique, à augmenter la tension abdominale, en un mot à faciliter les fonctions péristaltiques des voies digestives.

On peut diviser les aliments solides ou liquides en deux grandes classes : les *toniques* ou excitants et les *indifférents*.

Au premier rang des excitants, se trouvent : les viandes noires (le bœuf, le mouton) ; les œufs, le gibier, certaines viandes comme le porc, les crustacés ; puis les consommés de viande, le bouillon américain, le jus de viande, les sauces fortes, les épices, le café, le thé, les alcools variés tels que vin, cognac, eau-de-vie, etc. ; les liqueurs aromatiques, chartreuse, absinthe, bitter, etc. Les boissons alcooliques doivent leur action excitante à une sorte de causticité, qui les rend éminemment dangereuses et doit les faire proscrire sévèrement, quelle que soit la forme de la dyspepsie. Nous en dirons autant du porc, du gibier, des crustacés, des épices et des sauces fortes, dont l'action nocive n'est pas douteuse, aux yeux

du praticien. Quant aux autres aliments excitants, l'emploi doit en être subordonné aux règles suivantes : si les troubles de la péristaltique digestive sont peu accentués, soit à cause du jeune âge du malade, soit à cause de sa vigueur constitutionnelle, les aliments toniques, excitants, doivent être conseillés de préférence; ils réveilleront la contractilité gastro-intestinale, augmenteront la tension abdominale ; la cavité gastrique se ressaisira promptement; le côlon lui-même, à l'aide toutefois de quelques excitations produites par les laxatifs, ne tardera pas à voir ses fonctions motrices renaître à proprement parler. Lorsqu'au contraire on se trouve en présence d'un tube digestif, soit épuisé et en quelque sorte forcé, soit devenu le siège d'un processus congestif ou inflammatoire, il faut écarter avec soin toute alimentation excitante ; l'irritation s'en trouverait accrue, et, comme la faiblesse motrice relève pour une grande part de cet état irritatif, les troubles de la mécanique digestive ne feraient que s'accentuer. L'expérience nous enseigne, en outre, que les stases sont particulièrement pernicieuses au tube digestif et au reste de l'économie avec une alimentation substantielle qui fournit probablement un excellent terrain de culture pour les germes disséminés sur le trajet du canal alimentaire. Il est certain, d'autre part, qu'aucune alimentation n'est plus propre que les viandes noires, grillées ou rôties, à faire revenir sur elles-mêmes les parois relâchées et momentanément parésiées du tube digestif.

Et c'est là le danger de ce régime, administré inconsidérément ou d'une façon trop prolongée : on peut voir le ventre se rétracter, une constipation insurmontable s'installer et l'amaigrissement aller jusqu'aux confins de la cachexie. En face d'un malade dont le régime doit être institué, le médecin doit donc avoir en vue non pas tant la richesse des aliments en substances nutritives que leurs qualités excito-motrices. La ration alimentaire, nécessaire pour entretenir un organisme adulte, est extrêmement restreinte, et la quantité des aliments

doit viser à peu près exclusivement les modifications de *calibre* du tractus gastro-intestinal. En définitive, les mets excitants, grâce à leur pouvoir excito-moteur, grâce aussi à ce fait qu'ils ne peuvent être ingérés qu'en quantité modérée, tendent à rendre à la cavité digestive ses dimensions normales, lorsque la tonicité n'en est point épuisée. Ils produisent au contraire une sorte de contracture chez les malades dont les tuniques digestives sont très affaiblies.

Quant aux aliments *indifférents*, ce sont toutes les viandes blanches: veau, volaille, agneau, poisson d'eau douce, cervelle, laitage, purées diverses, pâtes alimentaires, eau. Tous ces alibiles agissent faiblement sur la péristaltique digestive, qui reste plus ou moins indifférente à leur contact. Et c'est pour ce motif que la tradition les a fait adopter, comme régime exclusif des athritiques, des obèses, des graveleux, c'est-à-dire de tous les malades dont la puissance réactionnelle motrice des voies digestives se trouve accrue du fait des congestions répétées dont elles sont le siège. Cette alimentation a des effets heureux, non point en rendant à la statique abdominale son équilibre physiologique, mais en apaisant les réactions d'un tube digestif, qu'on nous passe l'expression, toujours *hors de ses gonds*. Le régime *indifférent* s'adresse donc à tous les « estomacs irrités », à tous les malades porteurs de déformations anciennes du tube digestif, que pour ce motif il ne faut point essayer de redresser. C'est unmoyen d'attente, qui permet d'attaquer la maladie par un autre côté. Il présente un autre avantage, qui semble absolument ignoré, c'est de faire du *remplissage*, de permettre au malade de se *garnir l'estomac*, sans avoir à redouter toutes les réactions pénibles, douloureuses qu'entraînerait immanquablement une alimentation excitante. C'est ainsi qu'on peut parer aux symptômes de *faiblesse digestive :* délabrement, vertiges, vide cérébral, faiblesse extrême des membres, etc., chez certains dyspeptiques à hypotension abdominale excessive; on peut multiplier

les repas, sans crainte d'aggraver la maladie. L'aliment indifférent est l'antidote de l'aliment tonique ; il rompt le spasme de la musculature digestive, tend à élargir la lumière du canal, qu'il parcourt, par sa masse plus grande et par ses propriétés pour ainsi dire *émollientes* qui lui assurent une progression à peu près silencieuse ; on comprend dès lors son action sédative des crampes d'estomac, de toutes les formes de la colalgie, etc. La clinique nous apprend qu'avec le régime indifférent le danger des stases est moins grand, soit pour le tube digestif, soit pour l'économie : les germes de la putréfaction, de la décomposition trouveraient-ils dans ces aliments un terrain moins favorable à leur pullulation ? Les théories importent peu. Le fait est incontestable.

Au total, le régime indifférent trouve son indication chez tous les malades sérieusement atteints et dont la dyspepsie ne peut être attaquée que d'une façon indirecte : chez les Forts, parce qu'il *assourdit* les réactions ; chez les Faibles, par ce qu'il est *remplissant*, maintient le calibre d'un canal qui tend à s'affaisser. Au surplus, chez ceux-ci le régime tonique, primitivement indiqué, est devenu nuisible, à cause de l'état trop avancé de l'atonie digestive ; leur tube digestif pourrait être comparé « à un cœur qui ne supporte plus la digitale ».

Le régime indifférent jouit de la réputation de favoriser les fonctions intestinales. Il est certain que beaucoup de malades se voient délivrés de leur constipation du jour où ils se soumettent à ce régime ; on assiste parfois à de véritables changements à vue. Or, il résulte de nos investigations qu'en réalité les contractions intestinales restent absentes comme par le passé et que les évacuations, si heureusement obtenues, proviennent d'une double cause : la cessation du spasme du côlon et l'augmentation de la quantité des résidus, de telle sorte que chaque selle représente le trop-plein et qu'il s'agit en somme d'une *défécation par regorgement*. D'ail-

leurs, ces évacuations sont sans influence sur la maladie et n'entraînent aucune amélioration.

Les dangers du régime indifférent, pour être moindres que ceux du régime excitant, n'en sont pas moins réels: on peut voir apparaître du ballonnement, de l'innappétence, de l'empâtement de la langue, de la faiblesse générale, des selles en bouillie, parfois une tendance à la diarrhée, tous les signes en un mot du catarrhe subaigu des voies digestives. Ces accidents sont particulièrement à redouter avec le lait ou les aliments préparés au lait.

C'est ici le lieu de revenir sur le régime lacté et d'en formuler les indications. Tout d'abord nous ne concevons pas la nécessité de restreindre l'alimentation à l'usage exclusif du lait; toujours nous conseillons d'additionner le lait d'un peu de thé, de café ou de bouillon; nous ajoutons en outre un ou deux potages au lait, soit au riz, soit au tapioca. De cette manière le dégoût du lait est plus lent à se produire. Quant aux résultats, ils ne nous ont jamais paru différer de ceux obtenus par la diète lactée ordinaire. Il est également essentiel de le faire prendre par petites doses répétées, une tasse à thé toutes les heures, par exemple. L'indication fondamentale du lait se trouve dans les phénomènes douloureux, consécutifs à la migration des aliments solides: en face de crises colalgiques, gastralgiques, dont le patient veut à tout prix se débarrasser promptement, nous ne connaissons pas de meilleur moyen à employer que la diète lactée, à condition que le tube digestif soit encore doué d'une certaine résistance, condition *sine qua non* de digestibilité du lait. Les douleurs apaisées, il faudra revenir à une méthode thérapeutique différente ; car le lait *immobilise* en quelque sorte la musculature digestive, d'où son pouvoir antispasmodique, d'où également une action affaiblissante telle qu'avec cet aliment l'atonie digestive ne fait que s'accroître et devient d'une guérison ultérieure plus difficile.

Notons d'ailleurs que, même dans les cas de dyspepsie dou-

loureuse, l'usage du lait est souvent superflu ; en remplissant toutes les indications revélées par un examen complet du malade, on vient généralement à bout de toutes les formes de la crise douloureuse.

Une catégorie de malades auxquels le lait rend les plus grands services, ce sont les *grands buveurs*, souvent alcooliques autant que dyspeptiques. Le lait a l'immense avantage de substituer un liquide relativement innocent aux boissons ordinaires, toutes alcooliques à un degré variable. L'usage du lait, comme boisson exclusive, constitue en outre un traitement précis, clair, d'une exécution facile, ce qui est un réel avantage dans le traitement d'individus encore vigoureux, se sentant pleins de santé et peu disposés à modifier beaucoup leur manière de vivre. Le lait diminue l'appétit et modère ainsi les excès de table, qui sont habituels dans cette classe de malades. La vigueur de leur tube digestif assure d'ailleurs la digestibilité du lait, d'autant mieux que, dans le cas particulier, il ne s'agit point, d'une diète lactée absolue, mais en réalité d'un *modus vivendi* dans lequel les effets amollissants du lait sont largement neutralisés par une alimentation qui continue à être excitante. Le lait produit dans ces cas le maximum de ses heureux effets ; le teint du malade devient meilleur, les brûlures épigastriques disparaissent, etc., mais l'examen abdominal révèle toujours les mêmes signes de stase gastro-cæcale, parfois même le ventre augmente de volume et le malade engraisse notablement. C'est dire que le lait n'a qu'une action palliative et que l'usage prolongé de ce liquide peut amener, en fin de compte, une aggravation véritable de l'état dyspeptique et abréger la durée de la période de compensation.

Nous avons dit que la dyspepsie contre-indique d'une façon absolue l'usage de toutes les boissons alcooliques, y compris le vin. Toutefois, dans les formes peu graves, nous tolérons l'usage de l'eau rougie ou de la bière. Beaucoup de dyspeptiques

trouvent que l'eau pure est une boisson lourde et sont enclins à l'additionner d'un peu de vin, blanc ou rouge, ce qui lui donne un peu plus de « mordant » et n'entrave en rien le retour à la santé. Mais le point véritablement capital, c'est la diminution de la quantité des boissons, prises aux repas. On peut poser en règle générale que *plus la faiblesse du tube digestif est grande, moins il faut de liquides*. Dans la majorité des cas, une verrée à une verrée et demie, au repas de midi, une demi-verrée au repas du soir, sont des doses qui ne doivent pas être dépassées. Mangez d'une façon exagérée, vous aurez un poids sur l'estomac, du ballonnement, de l'oppression, de la rougeur de la face, de la somnolence, tous les signes en un mot de la surcharge gastrique. Gorgez-vous de boissons aqueuses ou faiblement alcooliques, le malaise prédominant sera le mal de cœur, l'envie de vomir qui traduit l'impossibilité où se trouve l'estomac de faire progresser son contenu. Dans le premier cas, il y a pléthore et non intolérance ; dans le second, les signes d'intolérance l'emportent sur tous les autres. Pour bien digérer il faut peu boire, et les bons estomacs ne réclament que fort peu de boisson. Nombreux, au contraire, sont les dyspeptiques qui « sont obligés de boire, disent-ils, à chaque bouchée, pour la faire glisser ». Il faut donc exiger des malades cette réforme de leurs habitudes et ne se laisser fléchir par aucune considération. Ils se déshabituent d'ailleurs de boire immodérément avec la plus grande facilité.

Avant de terminer ce qui a trait au régime, nous tenons à faire observer que, chez un même malade, il faut s'appliquer à suivre l'évolution de la maladie et savoir, suivant le moment, imposer tel ou tel régime. Pendant quelques jours ou quelques semaines, un malade affaibli se relèvera sous l'influence du jus de viande, des biftecks et des œufs; puis, le danger de la contracture intestinale, de la stase gastrique et des phénomènes irritatifs consécutifs se faisant pressentir, il faudra

revenir aux viandes blanches, aux légumes frais, aux potages maigres. Quelques aliments font partie de l'un et l'autre régime et sont bien tolérés par tous les malades ; ce sont les œufs d'abord, le café au lait ensuite.

Il existe enfin des cas d'atonie grave du tube digestif : aucun aliment solide n'est supporté ; les aliments liquides, soit le lait, soit les bouillons, le bouillon de poulet tout spécialement, permettent seuls au malade de se relever. La péristaltique digestive est momentanément éteinte et tout ce qui tend à la réveiller est mal toléré. Le mieux est de la laisser somnoler, en attendant que la nature reprenne le dessus ; les liquides, plus ou moins chargés de principes nutritifs, remplissent cette indication. Il se passe ici un phénomène analogue cliniquement à ce qui est la règle dans le cours des maladies infectieuses : atonie, parésie aiguë du tube digestif, alimentation liquide seule praticable.

Les purées de féculents sont communément conseillées par quelques praticiens. Nous ne connaissons à ce genre d'aliments d'autre propriété que celle de mettre du désordre dans les fonctions digestives, d'être généralement indigestes, et enfin, comme les stases sont la règle chez les dyspeptiques, de fournir une matière excellente pour toutes les fermentations. Cet usage dérive d'une idée théorique, que la clinique ne ratifie pas.

Enfin, nous devons dire quelques mots du nombre des repas. En règle générale, on doit s'efforcer d'espacer les repas, afin de permettre à la phase digestive ralentie d'atteindre ses extrêmes limites. Mais, dans la pratique, les exceptions à cette règle sont nombreuses. La durée de l'éréthisme fonctionnel, déterminé par l'apport des aliments dans le canal alimentaire, doit servir de guide au clinicien : cet éréthisme, qui se traduit en dernière analyse par un sentiment de force, est épuisé au bout de deux, trois, quatre, cinq, six heures, suivant les malades. Or, il est aussi dangereux de

laisser persister longtemps la faiblesse digestive, qui succède à l'éréthisme, que de multiplier, par des repas répétés, des excitations ayant chance d'aboutir à l'épuisement par un mécanisme inverse. La pratique nous apprend à garder un juste milieu entre ces deux extrêmes. Lorsque l'atonie est peu avancée ou que le sujet est vigoureux, trois repas par jour, séparés par un intervalle de cinq à six heures, sont suffisants. Quand, au contraire, le malade est faible et que les besoins de prendre se font sentir, il est nécessaire d'ajouter de petits repas supplémentaires, dont les heures seront calculées de façon à ne pas laisser durer plus d'une heure les symptômes de faiblesse digestive. Si celle-ci est précoce, on peut d'ailleurs y parer dans une certaine mesure, en conseillant au malade de s'étendre sur un lit, pendant une demi-heure ou une heure.

Le lecteur, qui a suivi le développement de nos idées, prévoit d'ores et déjà l'importance qui, à nos yeux, doit être attachée à l'*exercice*, *aux changements d'attitude*, à toutes les influences en un mot qui relèvent du mouvement et de l'action de la pesanteur. Ce point d'hygiène manque d'indications précises, visant immédiatement l'état du tube digestif. Pour combler cette lacune, il suffit de récapituler les phénomènes fondamentaux de toute dyspepsie : le tirage gastro-intestinal est compromis, le bol alimentaire ne parcourt plus son trajet avec la vitesse physiologique ; deux points de ce trajet surtout deviennent le siège d'accumulations résiduales ; la faiblesse du péristaltisme est maxima au niveau de ces deux points, le *cæcum* et l'*estomac*. Ces deux organes, le premier à cause de sa disposition anatomique, le second grâce à la déformation consécutive aux stases, doivent lutter en outre contre l'action de la pesanteur ; d'où un nouvel obstacle à leurs contractions, une accentuation des phénomènes de stase et finalement un accroissement de leur faiblesse motrice. Supprimer, par le décubitus horizontal, l'effort nécessaire pour neutraliser les effets de la pesanteur, c'est remplir une indication précise et

rendre au malade un service qu'il sait d'ailleurs bien reconnaître. De plus, à mesure que la maladie évolue, on assiste, chez un grand nombre de malades, au prolapsus de la masse gastro-intestinale tout entière, qui peu à peu, par relâchement ligamenteux et par atonie progressive, obéit à l'action de la pesanteur, de sorte que l'intestin grêle, à un moment donné, se trouve occuper la cavité du petit bassin. Il se forme ainsi une série d'obstacles à la progression des aliments au niveau des angles de soutènement, correspondant aux orifices de communication des différents segments du tube digestif, comme l'a montré M. Glénard; les orifices duodéno-jéjunal et colique sous-costal gauche sont particulièrement compromis. En outre, à cette période, nous avons affaire surtout à une atonie extrême, généralisée au tube digestif tout entier, qui est plus ou moins vide d'air et forme une masse presque inerte, oscillant constamment au gré de la pesanteur. Cette atonie extrême, phase ultime de l'évolution naturelle de la dyspepsie, peut être réalisée par un processus aigu (embarras gastro-intestinal fébrile, pyrexie infectieuse, catarrhe subaigu au cours d'une dyspepsie chronique) ; mais elle est alors passagère et tend à la guérison, dès que la cause cesse d'agir.

De ces considérations vont découler maintenant, d'une façon claire et précise, les lois de l'hygiène du mouvement chez le dyspeptique.

Le *repos au lit* est de rigueur pendant la convalescence des maladies aiguës, pendant les trois ou quatre semaines qui suivent les couches, pendant tous les épisodes aigus ou subaigus de la dyspepsie, à la dernière période de tout état dyspeptique, pendant le « marasme digestif », sorte d'asystolie gastro-intestinale.

Le *repos horizontal avant les repas*, surtout pendant l'heure ou les deux heures qui précèdent le repas du soir, est indiqué chez tous les malades dont la tonicité des voies digestives est insuffisante à en maintenir l'équilibre statique *à vide*,

c'est-à-dire après l'extinction de l'éréthisme fonctionnel. Ce sont les malade qui ont des tiraillements, des crampes d'estomac, des besoins de prendre, des vertiges, de la « faiblesse intérieure » à localisation sternale ou épigastrique, du vide cérébral, de l'obnubilation intellectuelle, etc., dès que l'influence tonique *remontante* du repas est épuisée.

Le *repos horizontal immédiatement après les repas* a des indications moins précises et le malade est souvent seul juge de la nécessité ou de l'inutilité de ce repos. Toutefois, il a une action généralement heureuse sur la digestion des *Faibles*, quelle que soit la période de la maladie, des *Forts* à la troisième période seulement, au moment de l'affaissement abdominal et de la faiblesse générale. L'*exercice*, au contraire, immédiatement après l'ingestion des aliments, est une des recommandations les plus essentielles à faire au dyspeptique encore vigoureux, qui accuse des symptômes de pléthore après les repas. Cet exercice, salutaire même à beaucoup de malades faibles, favorise singulièrement la *mise en train* des fonctions digestives. On dirait que les mouvements, nécessités par la marche, se généralisent peu à peu à tous les muscles de l'économie, y compris ceux des voies digestives.

Pour qui connaît la puissance du repos ou de l'exercice au point de vue de la régularisation des fonctions digestives, il est des spectacles singulièrement intéressants et suggestifs ! Les bienfaits de l'hospitalisation, les succès de *certaines* interventions chirurgicales, en particulier sur les organes abdominaux, trouvent pour un grand nombre leur explication dans le séjour au lit et le repos qui ont été imposés au malade pendant un certain temps ; l'action du repos est d'autant plus heureuse qu'il s'agit dans l'espèce, le plus souvent, de pauvres gens obligés de « peiner » tout le jour pour gagner leur vie.

Nous sommes ainsi amené à étudier un agent, qui rend chaque jour d'immenses services aux dyspeptiques et dont M. Glénard a tout le mérite de la découverte : nous voulons

parler de la *ceinture hypogastrique*. Cet auteur, le premier, a compris et fait comprendre la signification de la ceinture et en a donné une indication précise, l'*entéroptose*. Maintenant que nous connaissons mieux les troubles si variés de la mécanique gastro-intestinale, cette indication est insuffisante au double point de vue *doctrinal* et *pratique*. L'entéroptose n'est point une entité morbide, mais un des aboutissants de la dyspepsie, une dislocation en quelque sorte éventuelle, subordonnée à des causes multiples. Le diagnostic *physique*, c'est-à-dire la constatation du prolapsus de l'angle droit du côlon par la palpation, est très souvent d'une impossibilité absolue et les autres signes ou symptômes, considérés par Glénard comme propres à l'entéroptose, peuvent être fournis par un simple état fonctionnel, sans dislocation abdominale. En un mot, la déséquilibration fonctionnelle précède et commande la déséquilibration anatomique.

D'où il suit que ce serait priver un grand nombre de malades des bienfaits de la ceinture que de vouloir subordonner son emploi au diagnostic d'entéroptose. Le cercle de ces indications est beaucoup plus étendu, en réalité, que ne le veut son auteur. Disons tout d'abord que l'immense avantage de la ceinture est de ne pas avoir de contre-indications : la plupart des malades peuvent en tirer profit, aucun ne s'en trouvera mal. Notre pensée n'est point cependant d'imposer à tous les dyspeptiques indistinctement le port de la sangle hypogastrique : son influence est pratiquement négligeable en dehors des cas que nous allons énumérer.

Nous admettons, en thèse générale, *que la sangle est nécessaire toutes les fois que, dans la genèse de la dyspepsie, interviennent une ou plusieurs causes extérieures à la musculature digestive proprement dite*.

1° Le ventre en besace, qui se rencontre surtout chez les dyspeptiques faibles ou âgés, exige la contention de la

sangle. C'est qu'en effet cette forme de l'abdomen a, comme satellites habituels, l'entéroptose ou le relâchement des ligaments qui suspendent les différents segments du tube digestif; c'est qu'en outre la paroi abdominale, pressée de dedans en dehors, pendant de longues années, par la masse gastro-intestinale en voie de prolapsus, s'est laissée *distendre* et *forcer :* les hernies en témoignent, par leur fréquence, en pareil cas.

2° L'aggravation de la dyspepsie, par les suites de couches, a son antidote le plus efficace et le plus direct dans le port de la ceinture. Le vide abdominal, consécutif à l'issue du fœtus, et la distension de la paroi abdominale par la grossesse sont des causes évidentes de difficulté de la péristaltique gastro-intestinale, situées en dehors de la musculature propre des voies digestives. Aussi la ceinture remplit-elle, dans ce cas, une indication fondamentale. Pratiquement, il est peu de femmes, ayant eu des enfants, qui puissent se passer de la sangle.

3° Elle convient également aux *obèses*, en voie d'amaigrissement. Disparition des couches adipeuses intra-abdominales, amincissement et flaccidité de la paroi abdominale par amaigrissement, d'une part, et par distension prolongée, de l'autre: telles sont deux causes *extrinsèques* d'hypotension abdominale, qui suffisent déjà à indiquer le port de la ceinture. Une troisième cause s'ajoute à celles-ci : c'est le retrait progressif d'un canal alimentaire dilaté, comme c'est la règle dans l'obésité. On trouve, dans *La Physiologie du goût*, de Brillat-Savarin, une page d'un sens clinique surprenant, où sont formulées, en termes précis, toutes les indications de la ceinture à laquelle l'auteur applique le qualificatif d'ANTI-OBÉSIQUE :

« Tout régime anti-obésique doit être accompagné d'une « précaution que j'avais oubliée, et par laquelle j'aurais dû « commencer : elle consiste à porter nuit et jour une ceinture « qui contienne le ventre en le serrant modérément. Pour en

« bien sentir la nécessité, il faut considérer que la colonne « vertébrale, qui forme une des parois de la caisse intestinale, « est ferme et inflexible : d'où il suit que tout l'excédent de « poids que les intestins acquièrent au moment où l'obésité « les fait dévier de la ligne verticale, s'appuie sur les diverses « enveloppes qui composent la peau du ventre ; et celles-ci, « pouvant se distendre presque indéfiniment [1], pourraient « bien n'avoir pas assez de ressort pour se retraire quand « cet effort diminue, si on ne leur donnait pas un aide « mécanique qui, ayant son point d'appui sur la colonne « dorsale elle-même, devînt son antagoniste et rétablît « l'équilibre.

« Ainsi cette ceinture produit le double effet d'empêcher « le ventre de céder ultérieurement au poids actuel des intes- « tins et de lui donner la force nécessaire pour se rétrécir « insensiblement quand ce poids diminue [2]. »

4° Enfin, si tous les dyspeptiques appartenant à la catégorie des Forts ne sont pas obèses, tous ont par contre une rondeur abdominale exagérée par dilatation compensatrice du tube digestif [3]. Comme chez les obèses, il arrive donc un moment où l'épuisement de la tonicité musculaire entraîne l'affaissement progressif du ventre ; l'insuffisance de la paroi abdominale, forcée par une distension prolongée, commande alors l'usage de la ceinture. Et, quand bien même la paroi n'aurait rien perdu de sa résistance normale, la sangle serait encore nécessaire pour la *doubler* en quelque sorte et lui permettre ainsi de fournir le supplément d'appui, nécessité par l'atonie régressive des parois du tube digestif.

Telles sont, dans l'état actuel de nos connaissances, les règles que tout praticien doit avoir présentes à l'esprit s'il

[1] Mirabeau disait d'un homme excessivement gros que Dieu ne l'avait créé que pour montrer jusqu'à quel point la peau humaine pouvait s'étendre sans rompre.

[2] Brillat-Savarin, *La Physiologie du goût*, t. II, pages 66-67, éd. Jouaust, 1879.

[3] Ce sont les *gastrophores* de Brillat-Savarin.

veut obtenir de la ceinture, dans un cas donné, le maximum de ses effets et comprendre le mécanisme physiologique de son action.

On peut affirmer que, si l'ignorance des effets de la ceinture est encore grande, son emploi toutefois se généralise de plus en plus et rencontre chaque jour moins de résistance de la part des médecins qui, pour la plupart, cèdent inconsciemment à la force des choses. Un des grands services que nous a rendu la découverte de Glénard, c'est le discrédit qu'elle a contribué à jeter sur les innombrables préparations dites eupeptiques qui s'entassaient chez les malades à chaque consultation.

Le dernier rempart, pour ainsi dire, de la matière médicale est constitué par les *laxatifs*, dont il nous reste à parler maintenant.

Dans le traitement d'une maladie caractérisée par la *stagnation* des résidus alimentaires, on comprend que les laxatifs aient survécu à tous les autres agents pharmaceutiques ; ils débarrassent momentanément les voies digestives et en cela remplissent une indication fondamentale. Mais, contrairement aux moyens hygiéniques, leur action utile et bienfaisante est à la fois passagère et contre-balancée par des effets nuisibles, dont le principal est une recrudescence de la faiblesse du tube digestif. Le praticien, tout en conseillant l'usage des laxatifs, doit compter avant tout sur le traitement hygiénique qui lui permettra à un moment donné de se passer de toute excitation artificielle; il doit tout faire pour que ce moment soit le plus rapproché possible. Il va sans dire que les laxatifs, quels qu'ils soient (ceux qui appartiennent au règne minéral sont particulièrement nocifs), doivent être administrés avec une extrême prudence et à des doses très modérées, *jamais à dose purgative*. Cette prudence toutefois ne doit point exclure une certaine détermination ; il faut dans certains cas savoir frapper un grand coup, avec d'autant plus de chance de réus-

site, en présence d'un état marasmatique, que les troubles fonctionnels du côlon sont toujours plus graves et d'importance plus grande qu'on n'est tenté de le supposer.

Nous avons vu des cas de faiblesse digestive, qui se montraient rebelles aux moyens hygiéniques ordinaires, subir une heureuse et prompte transformation sous l'influence d'une médication évacuante donnée délibérément, en désespoir de cause, pour ainsi dire. La contention de l'abdomen, au moyen de la sangle, et l'accroissement de tension abdominale, qui en résulte, autorisent de la part du praticien une hardiesse plus grande dans l'administration des laxatifs. Nous avons noté, en effet, dès le début de notre pratique, ce fait clinique intéressant : la ceinture renforce les effets laxatifs et permet, avec les mêmes doses, de réussir là où sans ceinture on aurait échoué. La faiblesse consécutive est moindre, pour les mêmes raisons.

C'est ainsi que nous nous expliquons la timidité, d'ailleurs justifiée, de certains praticiens qui ignorent ces faits et ne se lassent de répéter à leurs malades : « surtout, ni purgatifs ni laxatifs. » Et, en effet, l'art de purger est encore à formuler, et, toute règle précise manquant, le médecin prudent préfère ne pas se servir d'une arme qu'il ne connaît pas et qui peut donner des résultats fâcheux, comme l'expérience le lui a appris. Il est certain qu'un dyspeptique faible, ou sur les limites d'une compensation *déjà trébuchante*, peut être précipité dans le marasme digestif avec faiblesse générale, perte absolue de l'appétit, amaigrissement rapide, à la suite d'une simple purgation. Avant de se décider à donner des laxatifs, il est donc nécessaire d'avoir pesé toutes les raisons qui les indiquent : état de l'abdomen, période de la maladie, âge et vigueur constitutionnelle du sujet, chances de succès avec les seuls moyens hygiéniques, etc. A mesure que la connaissance de la mécanique digestive nous est révélée, à mesure que le maniement du régime et de tous les autres agents hygiéniques nous de-

vient familier, nous restreignons l'intervention par les laxatifs Toutefois, nous ne cessons d'être convaincu qu'ils sont aptes à rendre de très grands services; ils sont même, dans certaines circonstances, une condition *sine qua non* de la guérison. Nous ne pouvons formuler de règles générales pour en diriger l'emploi; dans le paragraphe suivant, nous indiquerons notre pratique à propos de chaque catégorie de malades. Nous tenons cependant à faire, dès maintenant, une distinction parmi les laxatifs, fondée sur leur action générale : les minéraux (sulfate de soude, sulfate de magnésie, citrate de magnésie, magnésie décarbonatée, etc.) paraissent agir de préférence sur l'élément glandulaire et provoquer une sorte de pluie gastro-intestinale, qui entraîne mécaniquement les résidus alimentaires; les végétaux (aloès, scammonée, rhubarbe, cascara sagrada, etc.) ont, au contraire, une propriété excitante de la fibre musculaire, propriété qui semble prédominante, comme en témoignent les *coliques* parfois violentes qu'éprouve le malade et la nature des selles qui sont notablement moins diarrhéiques et en même temps plus *évacuantes*. Nous avons l'habitude d'utiliser ces propriétés distinctes en associant presque toujours, dans des proportions variables, végétaux et minéraux. On a de cette façon une action, pour ainsi dire *renforcée* qui permet d'obtenir des résultats appréciables avec des doses très minimes. Un dernier point d'ordre général et pratique, à propos des laxatifs, c'est qu'ils agissent sur l'estomac aussi bien que sur l'intestin, ce qu'on oublie trop souvent. Ainsi, il n'est pas rare de voir un malade, dont l'estomac est atone et clapotant, être pris de nausées, puis de vomissements, quelques instants après avoir ingéré un laxatif salin, dont l'action a été d'augmenter la surcharge aqueuse de l'estomac et finalement de provoquer le rejet de tous les liquides accumulés. C'est l'état de l'estomac qui explique d'ailleurs l'intolérance des purgations de la part de certaines personnes, chez lesquelles le moindre laxatif amène à tout coup des vomissements, toujours horriblement pénibles.

L'huile de ricin et le calomel cliniquement ne nous semblent pas rentrer dans les deux catégories précédentes ; la première est surtout remarquable par la douceur de ses effets (souvent même par leur *insuffisance*), ce qui la rend très précieuse pour toute une catégorie de malades à constipation aussi opiniâtre que délicate à attaquer; le second est, au contraire, d'une grande violence, c'est un médicament héroïque avec lequel on arrive toujours à *déboucher* un tube digestif, mais au prix et de quelles douleurs actuelles et de quelle faiblesse consécutive ! Le calomel ne nous semble pouvoir être donné que d'une façon momentanée et à doses fractionnées et très petites (deux ou trois prises de 10 centigrammes, par vingt-quatre heures). On peut obtenir, au moyen de petites doses, des évacuations d'une abondance surprenante. L'action du calomel a ceci de remarquable encore, c'est qu'elle ne peut être calculée d'avance ; elle est extrêmement variable suivant les malades. De telle sorte qu'avant de conseiller l'usage du calomel, fût-ce à petites doses, il est toujours prudent de s'enquérir minutieusement des effets ordinairement produits chez le malade par les laxatifs qu'il a pris jusqu'à ce jour. On pourra, dans une certaine mesure, juger ainsi des qualités réactionnelles de son tube digestif et mesurer les doses d'après le degré de tolérance présumée.

Un dernier moyen à mettre en œuvre, lorsqu'on a affaire à un délabrement ancien et tenace des voies digestives, c'est le changement d'air, en particulier le séjour dans un climat d'altitude pendant la belle saison ou dans le Midi pendant l'hiver. Le dyspeptique s'accommode mal de l'humidité froide, de l'absence de chaleur et de l'atmosphère impure des grandes villes. La chaleur des rayons solaires et la pureté d'un air un peu vif réalisent le milieu atmosphérique éminemment propice au relèvement de la tonicité digestive. Lorsque nos malades sont entrés franchement dans une bonne voie, que la formule définitive du régime qui leur convient a été

trouvée et qu'ils ont appris à s'y conformer rigoureusement, qu'en un mot la direction médicale n'est plus une nécessité, nous n'hésitons pas à les envoyer soit dans les montagnes, soit sur les bords de la mer.

B. — Il nous reste maintenant à aborder la deuxième partie de cette étude, à savoir le groupement des malades suivant un ordre simple et naturel et les indications thérapeutiques *essentielles*, propres à chacun de ces groupes.

La clinique ne nous paraît pas autoriser d'autres divisions que les suivantes :

1° Les adolescents ;

2° Les adultes, qui comprendront deux subdivisions : les *hommes*, d'une part ; les *femmes*, d'autre part ;

3° Les vieillards.

LES ADOLESCENTS. — Le traitement des adolescents est d'une simplicité en quelque sorte schématique.

a) Tout d'abord il faut exiger et obtenir la réduction des boissons à une quantité minime : un verre et demi d'eau rougie au repas de midi, un demi-verre au repas du soir. Défense de boire dans l'intervalle des repas. Prohibition de toute boisson alcoolique.

b) Trois repas par jour, le principal devant avoir lieu à midi. A ce repas viande rôtie ou grillée, prédominance du bœuf et du mouton. Pas de porc ni de gibier, pas de sauces, pas d'épices. Légumes verts, préparés au beurre ou au jus ; riz ; pas de pâtes, peu de farineux ; fruits cuits, compotes et confitures ; pas de laitage ; potages maigres. Pas de viande au repas du soir, qui ne devra comprendre qu'un potage, des œufs et des fruits cuits. Peu de pain.

Grande régularité dans la quantité des aliments et dans les heures des repas.

c) Promenades au grand air immédiatement après les deux principaux repas, à midi et le soir, répétées méthodiquement

chaque jour. L'exercice modéré au grand air, à la campagne pendant la belle saison, aura une influence des plus heureuses.

d) Il est indispensable d'obtenir une selle tous les matins à la même heure et, dans ce but, d'administrer au malade de petites doses de laxatifs combinés, végétaux et minéraux, tous les jours ou tous les deux jours, suivant la vigueur du sujet. Il sera bon, si le sujet est faible ou malade depuis sa première enfance, de remplacer les laxatifs de temps en temps par des lavements d'eau tiède simple ou additionnée d'une ou deux cuillerées à soupe de glycérine.

e) La ceinture n'est presque jamais nécessaire aux jeunes gens. Il n'en est pas de même des jeunes filles, chez lesquelles la dislocation abdominale n'attend souvent pas le nombre des années. La splanchnoptose est particulièrement fréquente chez les chlorotiques, la chlorose franche indiquant toujours un état dyspeptique ancien et avancé. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à conseiller la sangle, qui fera disparaître promptement les douleurs de tiraillements, maux de reins, douleurs entre les épaules, douleurs variées dans la zone thoraco-abdominale, en même temps que, jouant le rôle d'un véritable tuteur, elle permettra à la malade de se tenir plus droite et de vaincre l'*apathie motrice* qui est la caractéristique d'un certain nombre de ces jeunes filles. La splanchnoptose n'est pas chez les adolescents la seule indication de la sangle. Celle-ci est parfois indispensable à certains jeunes gens *faibles*, dont le ventre affecte prématurément la forme en *besace*.

Les adultes. — A ce moment de la vie, la différenciation des sexes est à son maximum. Au paragraphe qui traite de l'étiologie, nous avons étudié les causes pathogéniques propres à l'organisme féminin : ampleur de l'abdomen, grossesse, menstruation, faiblesse des ligaments du tube digestif.

faiblesse musculaire générale, influence du système nerveux, corset. Nous n'y reviendrons pas. Qu'il nous suffise de répéter que, l'hygiène découlant de l'étiologie, la femme mérite une place à part dans notre étude thérapeutique. D'où cette sous-division :

Hommes. — Dans la majorité des cas, les hommes sont dyspeptiques pour des raisons simples et précises ; les uns, et ce sont de beaucoup les plus nombreux, parce qu'ils boivent immodérément et mangent de même ; les autres, parce qu'ils ont une vie agitée ou très occupée et partant une alimentation irrégulière ; les autres enfin doivent à la sédentarité leurs troubles digestifs. Dans tous ces cas, le traitement hygiénique, aidé de quelques laxatifs (tous les six ou huit jours seulement), triomphe à bref délai. Nous devons insister seulement sur la diminution des boissons, pour la généralité des malades, et sur la nécessité de la vie au grand air, de l'exercice, pour les citadins ou affairés ou adonnés aux travaux de l'esprit ou employés de bureaux, pendant quelques semaines ou quelques mois chaque année.

Cependant on peut avoir affaire à un obèse en voie d'amaigrissement ou sur le point de maigrir, c'est-à-dire dans cet état particulier de fragilité, d'équilibre instable qui précède l'amaigrissement ; la ceinture est nécessaire, dans ce cas, au même titre que le régime indifférent et une parcimonie extrême dans l'administration des laxatifs. Nous conseillons même d'attendre les effets du régime et des autres mesures hygiéniques, avant d'ordonner l'emploi des laxatifs dont on pourra ainsi se passer pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Le repos est rarement nécessaire. Les promenades après les repas sont au contraire bienfaisantes.

Enfin, s'il s'agit d'un homme se livrant à des travaux physiques pénibles, il ne faut pas hésiter à conseiller la ceinture pour empêcher, autant que possible, que la splanchnoptose (si elle n'existe encore) ne vienne compliquer l'état dyspeptique.

On se trouve parfois en présence de formes anciennes et graves ; on comprendra que nous les passions sous silence ici, dans l'intérêt de l'ordre et de la clarté de notre étude. Des données théoriques seraient d'ailleurs superflues en pareille matière. C'est au sens clinique du médecin à saisir les indications thérapeutiques dans les états complexes qui défient toute description générale.

Femmes. — Un fait nous a frappé dans la clinique des maladies des voies digestives : *l'hypotension abdominale est notoirement plus accusée et plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; par contre, à égalité d'hypotension, la dyspepsie de l'homme est plus tenace et plus grave que celle de la femme.* C'est que chez la femme les causes pathogéniques étrangères à la fonction digestive proprement dite sont prédominantes ; la grossesse, en particulier, chaque fois qu'elle se produit, est suivie d'une défaillance momentanée de la tonicité du tractus gastro-intestinal. Beaucoup d'autres circonstances, dépendant de la vie génitale de la femme, ont une action analogue et entraînent finalement une série de petites crises d'atonie aiguë que la musculature digestive arrive bien vite à compenser, mais au prix d'une hypotension progressive et d'un accroissement plus ou moins marqué du volume de l'abdomen. La paroi ne s'oppose d'ailleurs que mollement à ce développement excentrique. Toutes les conditions, en définitive, se trouvent réunies chez la femme pour abaisser et compromettre la tension abdominale, en dehors même des écarts alimentaires, c'est-à-dire des influences agissant directement sur la paroi du tube digestif pour en modifier la vitalité. Cette particularité, qui est en réalité si funeste à la femme, n'est cependant pas sans quelque avantage compensateur ; il en résulte une certaine fragilité semi-consciente des voies digestives, qui préserve la malade d'une foule d'écarts de régime et lui impose une sobriété dont les effets seuls peuvent expliquer chez la femme certains états dyspep-

tiques à *lente évolution*, malgré une hypotension abdominale très accentuée. Ces notions ont une haute signification pratique : le degré d'hypotension chez la femme perd de son importance au profit des autres signes physiques et surtout des anamnestiques; en d'autres termes, une hypotension abdominale avancée ne doit point, chez la femme, être une contre-indication à toute intervention active, énergique même, si les autres renseignements l'autorisent, s'il y a défaut de parallélisme entre l'état de la tension abdominale, d'une part, et le reste de l'ensemble symptomatique, d'autre part.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte enfin que l'indication de la sangle est primordiale dans le traitement de la dyspepsie de la femme, en dehors même de l'entéroptose. La réglementation attentive du régime, le port de la sangle suffisent parfois à permettre au tube digestif de se ressaisir en utilisant des forces en réserve, momentanément inhibées par les causes extrinsèques que nous connaissons. Dans les cas bénins, chez les malades jeunes, il sera donc bon de ne faire intervenir les excitations des laxatifs que le plus tardivement possible, quand il sera bien prouvé que l'action isolée de l'hygiène est insuffisante. Il est vrai que ce sont précisément ces malades qui supportent le mieux les laxatifs et en retirent les bénéfices les plus immédiats. Rien n'est frappant en effet comme la brusque amélioration qui suit l'administration de laxatifs combinés (végétaux et minéraux) chez les femmes jeunes et encore vigoureuses, dont les malaises subjectifs datent d'une première ou d'une seconde couche. Les inconvénients de cette médication, qui doit être répétée tous les jours ou tous les deux jours, disparaissent à peu près complètement, grâce à l'action de la ceinture.

Quant au régime alimentaire, il sera le plus souvent *tonique*. Le régime *indifférent* sera préférable, indispensable même, s'il y a des phénomènes douloureux, si la maladie est

ancienne, si la faiblesse *propre* du tube digestif est grande, si enfin l'état général est mauvais. Dans ce cas, on conseillera le repos horizontal *avant et après* les repas, au début du traitement, puis seulement *après* les repas, quand l'amélioration le permettra. Le repos horizontal, nous tenons à le répéter, est capable de rendre à la malade de très grands services et le médecin doit tenir à ce que cette partie du traitement soit exécutée avec la même exactitude, avec la même rigueur que ce qui concerne l'alimentation, par exemple. On saura se contenter de selles *rares*, qu'on aura soin de provoquer *mollement*, au moyen de lavements d'abord, puis de quelques doses de laxatifs végétaux. L'huile de ricin est généralement le laxatif de choix dans les cas de débilité profonde de l'appareil digestif; les laxatifs minéraux et le calomel sont formellement contre-indiqués. Il est bon d'ajouter que c'est dans cette classe de malades que la *multiplicité de petits repas* a sa raison d'être la plus ordinaire. On obtient ainsi une action de *remplissage*, sans effet réactionnel fâcheux, qui s'oppose à l'affaissement du canal alimentaire, complication à redouter, et prévient la faiblesse générale dans une mesure suffisante pour que le moral de la malade ne soit point affecté. Le système nerveux de la femme, on le sait, subit facilement le contre-coup des troubles abdominaux. C'est alors que les manifestations d'ordre sensitif, moral ou intellectuel, peuvent mettre à l'épreuve le tact et la patience du médecin.

On se trouve parfois en présence de malades très affaiblies, dont la tension abdominale est minima, chez lesquelles *rien ne passe plus ;* en dehors des mesures hygiéniques communes, nous n'avons eu qu'à nous louer, dans ces cas, d'applications répétées, deux ou trois heures par jour, de cataplasmes chauds de farine de lin, sur l'abdomen. Le ventre affaissé, souvent *collé* pour ainsi dire à la colonne vertébrale, renaît sous l'action de cette chaleur douce et continue; les forces digestives réapparaissent, et la généralité des malades

gardent le meilleur souvenir de cette médication qui, disent-elles, « les a sauvées ».

Les vieillards. — L'organisme du vieillard, disons-le immédiatement, est pour le thérapeute un *noli me tangere*. Toute intervention active, visât-elle simplement le régime alimentaire, risque d'entraîner des conséquences funestes, dont on ne peut mesurer la portée. Le vieillard malade l'est en effet dans la plupart de ses organes ; ceux-ci sont à la fois lésés organiquement et fonctionnellement épuisés. Le tube digestif notamment a subi des déformations, des déplacements, des troubles dystrophiques, à travers toutes les erreurs hygiéniques d'une vie humaine, d'où résultent pour cet appareil une instabilité et une fragilité excessives. La *faiblesse générale* arrive avec une rapidité surprenante et persiste ensuite avec une ténacité que rien ne saurait surmonter. Le tube digestif sénile n'attend, pour ainsi dire, que le plus léger changement pouvant résulter d'une intervention médicale, fût-elle d'une prudence exagérée, pour entrer irrévocablement dans la période de déchéance et de marasme.

Toutefois, cette règle comporte d'heureuses exceptions. La vieillesse est en somme un privilège réservé aux constitutions solides ou aux tempéraments prudents et sages, et, s'il est des vieillards prématurés, il est aussi des organismes que l'âge n'a pas sensiblement entamés. Ce sont ces derniers que visent les recommandations suivantes :

L'hygiène d'un vieillard doit être *progressivement* exigeante. Il faut se garder, soit au moyen du régime, soit à l'aide de laxatifs, de créer un vide brusque dans une cavité qui manque de l'élasticité nécessaire au retrait désiré. En présence d'une rétention colique très accusée, nous conseillons de ne l'attaquer que de loin en loin par des lavements, par quelques doses minimes de laxatifs végétaux, et de laisser écouler, après chaque attaque, un laps de temps suffisant (six, huit, dix

jours) pour permettre à la statique abdominale de recouvrer son équilibre antérieur, ou aux phénomènes de catarrhe, engendrés par le passage du laxatif, de s'éteindre complètement. Rien n'est à redouter, chez un vieillard dyspeptique, autant que l'*atonie subaiguë catarrhale*, qui peut être la suite d'un laxatif ou d'un changement radical de régime, tout aussi bien que d'un coup de froid ou d'une pyrexie. Et, en dehors de ce danger, nous croyons encore plausible d'admettre, au nom de la clinique, que les brusques modifications de la tension abdominale, par l'intermédiaire d'oscillations circulatoires parallèles dans le réseau propre des organes digestifs, peuvent exercer une large influence sur la circulation d'organes importants, tels que les reins, le cerveau, le cœur même; la congestion rénale, l'apoplexie, la dilatation cardiaque et les stases qu'elle entraîne doivent hanter l'esprit du clinicien et le tenir en éveil dès les premiers instants du traitement. La réduction des boissons, dont les avantages en général sont incontestables, doit être moins rigoureuse chez le vieillard, surtout si la perméabilité rénale est douteuse; car elle amène du jour au lendemain une diminution réelle de la quantité des urines, diminution que nous ne croyons pas exempte de danger, sans toutefois pouvoir citer des faits précis à l'appui de cette assertion.

Il va sans dire que le *régime indifférent* est celui qui convient aux vieillards d'une façon exclusive ; les légumes verts, les œufs, les potages maigres ou au lait, viendront s'ajouter aux viandes blanches pour compléter un régime dont la caractéristique doit être, non pas de supprimer les stases, mais de les rendre aussi inoffensives que possible, et en outre de représenter une masse *peu diminuée*, tenant constamment perméable la lumiére du canal digestif.

La ceinture, on le comprend déjà, a son minimum d'action chez le vieillard; c'est un adjuvant qui permet à une tonicité faiblissante de se relever; ce n'est point un agent orthopé-

dique capable de remplacer un organe mourant ou de redresser une déformation définitive. Cependant, elle rend parfois des services réels en faisant disparaître des maux de reins, en soutenant un ventre qui tombe, en parant à de petits accidents vertigineux, en luttant enfin contre la faiblesse générale. Un de ses effets digne d'être noté, c'est de faciliter la station debout et la marche, si indispensables aux vieillards.

CATARRHE GASTRO-INTESTINAL SUBAIGU ÉPISODIQUE

Au cours d'une dyspepsie ancienne et tenace, alors que le malade semble atteindre le mieux tant désiré, il n'est pas rare de voir survenir brusquement une rechute, caractérisée par les phénomènes suivants : inappétence, empâtement de la langue qui se couvre d'un épais enduit grisâtre, étirement des traits de la physionomie, débâcles fétides ou constipation invincible, nausées, parfois vomissements et avant tout faiblesse générale telle que le malade peut à peine se tenir debout. Le ventre se ballonne légèrement et prend une consistance franchement pâteuse.

Le traitement devra consister dans le *repos absolu au lit*, la diète liquide au moyen de café au lait, de bouillon d'herbages ou de poulet, de quelques laits de poule à l'eau ; applications chaudes ou glacées sur l'abdomen ; boissons chaudes ou glacées, en particulier champagne frappé ; enfin, lavements d'eau tiède tous les jours ou tous les deux jours. Il sera nécessaire de revenir à l'alimentation solide antérieure le plus promptement possible et d'une manière progressive ; le retour de l'appétit, la propreté relative de la langue et la disparition de la consistance pâteuse de l'abdomen seront les signes propres à diriger le médecin.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'hygiène thérapeutique

qui convient aux dyspeptiques. Nous avons dû nous en tenir à des notions très générales. C'est en effet de l'étude attentive, approfondie de chaque cas particulier que doivent découler, en quelque sorte spontanément, les nombreuses indications du traitement. Avant tout, le clinicien s'efforcera de rechercher si son malade est un Fort ou un Faible : là, nous le répétons, est le véritable point de départ d'une thérapeutique prudente, éclairée, capable à la fois de tenir constamment en éveil le *sens clinique* du médecin et de répondre à toutes les exigences d'évolution de la maladie.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

CLINIQUE GÉNÉRALE

DEUXIÈME PARTIE

CLINIQUE APPLIQUÉE

TROISIÈME PARTIE

Tours, imp. Deslis Frères, rue Gambetta, 6.

